

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

ELOGE DU D^r CHARLES DELSTANCHE

Par le Prof. D^r A. POLITZER, de Vienne ⁽¹⁾.

C'est s'acquitter d'un devoir sacré de reconnaissance que d'honorer la mémoire des hommes qui, par leur talent, leur travail et leur dévouement, ont enrichi la science et, en lui donnant une impulsion nouvelle, ont ainsi contribué au bien-être de l'humanité.

Ce devoir nous est imposé non seulement par les trésors que ces hommes ont légués à la science, mais aussi et surtout par cette idée que les honneurs qui leur sont rendus seront un exemple salulaire pour les générations futures.

Permettez-moi donc, Messieurs, de vous parler d'un homme qui — pour me servir des mots de Dante — « nel mezzo del camin di nostra vita », a été ravi, il y a quelques mois à peine, à notre science spéciale : de Charles Delstanche.

La mémoire de ce noble confrère nous est une occasion de retracer à grands traits les mérites des hommes, qui, dans la seconde moitié du siècle qui vient de s'écouler, ont fondé l'otologie moderne.

S'il est une chose, en effet, sur laquelle nous tombons d'accord, c'est que dans cette seconde moitié du XIX^e siècle les succès remportés par l'otologie lui ont assuré un rang égal à celui qu'occupent toutes les autres spécialités. Aussi cette époque portera-t-elle dans l'histoire de notre science le nom justement mérité de temps classique de l'otologie.

Quant à nous, nous sommes assez heureux pour voir encore au milieu de nous des hommes qui ont aidé dans une large mesure aux progrès de l'otologie. Mais nos rangs se sont éclaircis, et, frappés par la loi inexorable de la nature, beaucoup de ceux qui ont acquis une gloire immortelle, sont aujourd'hui couchés dans la nuit du tombeau.

(1) XIII^e congrès international de médecine. Paris, août 1900.

Tous les pays de l'Europe ont eu à déplorer pendant ces cinquante dernières années le décès de quelque savant émérite. Les Etats-Unis d'Amérique seuls, où l'otologie a pris naissance et s'est développée plus tard qu'en Europe, ont le bonheur de voir encore tous les représentants de cette science témoigner dans la plénitude de leurs forces d'une remarquable activité. Puissent nos vaillants confrères transatlantiques goûter ce bonheur pendant de longues années encore.

Beaucoup des fondateurs de l'otologie moderne, aujourd'hui décédés, ne sont pour la jeune génération que des personnages historiques.

Quant à moi, une destinée heureuse a voulu m'accorder, durant les quarante années que j'ai consacrées à l'étude de notre science, la faveur de jouir de l'amitié des savants les plus éminents de cette époque et de recevoir leurs conseils et leur précieux encouragements, Ménière, Bonnafont, Toynbee, Hinton, v. Tröltsch, Wendt, Voltolini, Moos, Sapolini, etc., et avec tous j'eus le bonheur d'être uni par les liens d'une étroite amitié. Il me fut, en effet, permis non seulement de les connaître en tant que représentants de notre science, mais encore de les approcher et d'apprécier toutes leurs qualités.

Les célèbres auristes que la France a perdus pendant la seconde moitié du *xix*^e siècle appartiennent encore, par leurs travaux, à la première moitié du siècle. Tous subissent encore l'influence de Kramer de Berlin, homme d'un certain mérite d'ailleurs, mais dont la doctrine a enrayé les progrès de l'otologie dans la première moitié du *xix*^e siècle par le dédain qu'il manifesta contre l'anatomie pathologique de l'oreille. Néanmoins, l'impulsion vigoureuse donnée à la médecine vers la moitié du *xix*^e siècle par les œuvres immortelles de Cruveilhier, Laennec, Andral, Corvisart, Skoda, Rokitansky ne pouvait rester sans effet sur l'otologie. Et c'est ainsi que nous entrevoyons dans l'œuvre des auristes français d'alors l'aurore d'une ère nouvelle.

Lequel d'entre nous ignorerait le nom de Ménière, qui, par la découverte du siège anatomique de la maladie qui porte son nom, s'est acquis un renom au delà des limites de notre spécialité. En 1861, je fis sa connaissance et j'eus

le plaisir d'estimer en lui autant le médecin célèbre que l'homme doué des sentiments les plus nobles, les plus généreux et des plus belles qualités de l'esprit.

Bonnafont, contemporain de Ménière, appartenant encore à l'ancienne école, pressent néanmoins déjà l'importance de l'anatomie pathologique de l'oreille. En expliquant une certaine forme de paracousie, il se rapporte aux résultats des autopsies de deux Kabyles faites en Algérie, chez lesquels il avait trouvé l'étrier ankylosé dans la fenêtre ovale.

Deleau le jeune, autre contemporain de Ménière, a droit à notre sincère reconnaissance, car il fut le premier à reconnaître l'importance des insufflations d'air dans la caisse au moyen du cathéter pour le traitement des affections auriculaires.

Citons encore les noms de Triquet, de Joly, de René Calmettes, sur lequel on avait fondé de si brillantes espérances et qui mourut trop jeune pour les réaliser, et nous aurons passé en revue les hommes de mérite, dont l'otologie française regrette la perte.

Mais la palme dont nous honorons nos grands morts revient à Toynbee et à Sir W. Wilde. De même que nous devons à l'Italie les immortelles découvertes anatomiques qui ont servi de base à l'otologie scientifique, l'Angleterre se glorifie justement d'être la patrie de l'otologie moderne. L'histoire de notre spécialité inscrira dans ses annales les noms de Toynbee et Wilde en caractères indélébiles. Le premier fonda les bases de l'anatomie pathologique de l'oreille, le second posa les bases d'une otologie clinique rigoureusement exacte.

A côté de ces héros, n'oublions pas Hinton et Patterson-Cassels dont les noms sont célèbres dans l'otologie anglaise.

L'Allemagne pleure une phalange de savants, qui ont pris une part des plus actives à la réforme de l'otologie pendant ces cinquante dernières années. En première ligne Tröltzsch de Würzburg qui transplanta, pour ainsi dire, l'anatomie pathologique d'Angleterre en Allemagne et par ses travaux donna à l'otologie un nouvel et durable essor. Sa mort, précédée d'une longue et douloureuse maladie, a mis un terme prématuré à la réalisation de ses idées.

Il y a plusieurs années moururent deux de nos grands contemporains, Voltolini et Moos. Voltolini était assez avancé en âge quand il s'adonna à la spécialité, mais ses travaux n'en furent pas moins importants aux points de vue anatomique et pratique. Moos, le savant consciencieux et infatigable, est à jamais célèbre dans l'otologie par ses travaux microscopiques et histopathologiques. Quiconque, parmi nous, a connu cet homme spirituel et aimable, ne pourra jamais oublier sa mémoire.

Faisons encore mention de Wendt, qui fut enlevé à la science en pleine jeunesse et qui pourtant nous a laissé de précieux travaux et honorons de même le souvenir de jeunes savants décédés, Schaller et Lenkes.

L'Italie a perdu en Sapolini un représentant de l'otologie qui avait su s'attirer la sympathie de tous les savants. Quoique trop âgé pour prendre une part active à la réforme de l'otologie, il nous a pourtant laissé des contributions anatomiques précieuses, s'intéressant jusqu'à la fin de sa vie avec enthousiasme aux conquêtes de l'otologie moderne. Ceux d'entre nous qui ont assisté au Congrès de Milan, il y a 20 ans, se souviendront avec plaisir de cet homme dont la franchise et l'amabilité gagnaient tous les cœurs et que la vieillesse n'empêcha point de prendre part aux Congrès de Bruxelles et de Bâle.

Bientôt Longhi et Masini, ses cadets, le suivirent dans la tombe. L'otologie italienne subit une perte douloureuse par la mort du jeune Corradi dont les beaux travaux restent une preuve de son grand talent et de sa fécondité intellectuelle. Il nous fut enlevé à la fleur de l'âge, emportant avec lui les plus belles espérances.

La Suisse a perdu une des personnalités les plus sympathiques et les plus versées dans la science otologique, par la mort prématurée du Prof. Burckhardt-Merian, de Bâle. C'était dans toute l'acception du terme un savant de premier ordre, précis et consciencieux dans ses investigations, enthousiaste et infatigable dans ses travaux, un caractère noble et élevé, en un mot, un homme offrant le type du savant accompli.

La Russie a perdu, il y a quelques années, dans la personne du Prof. Prussak un homme qui s'est assuré pour toujours

une place dans l'histoire de l'anatomie de l'oreille par son ouvrage sur le tympan, l'anatomie de l'attique et de l'espace situé entre la membrane de Shrapnell et le col du marteau et qui porte son nom.

L'Autriche déplore à juste titre la mort d'un savant dont la renommée a franchi les frontières de son pays natal et qui s'était couvert de gloire dans l'otologie scientifique. Il y a quelques mois à peine, les otologistes autrichiens ont suivi le convoi funèbre de Gruber, professeur pendant plus de trente ans et qui témoigna jusque dans l'extrême vieillesse d'une prodigieuse activité. Ses travaux sur l'anatomie de l'oreille, qu'il a enrichie de détails nouveaux, son zèle infatigable comme professeur, ses sentiments généreux d'humanité lui assurent un souvenir reconnaissant de ses nombreux élèves.

Après avoir célébré le mérite des hommes qui, dans la seconde moitié du siècle, ont acquis tant de renom dans notre spécialité, veuillez me permettre d'honorer la mémoire de Charles Delstanche, dont la mort a plongé dans un deuil profond non seulement ses amis mais aussi ses confrères spécialistes. Il était originaire de Bruxelles et appartenait à une vénérable famille patricienne de cette ville. Son père, Félix Delstanche, fils d'un grand fermier du Brabant, après des études pratiques d'otologie à Paris, s'était établi à Bruxelles pour y exercer son art et fut le premier spécialiste des maladies de l'oreille en Belgique.

Son fils, Charles Delstanche, naquit à Bruxelles en 1840. Il étudia d'abord dans sa ville natale. En 1857, âgé de 17 ans à peine, il partit pour l'Italie et alla faire ses études au collège des Flamands, à Bologne. Il demeura dans cette ville jusqu'en 1863, époque où il obtint le titre de docteur. C'est pendant ce séjour qu'eurent lieu les premiers combats pour l'indépendance de l'Italie. Plein d'enthousiasme, il se joint aux jeunes étudiants de Bologne qui ont pris les armes pour lutter contre l'armée autrichienne. C'est avec un sentiment de fierté non dissimulé qu'il aimait à montrer sa photographie, où, revêtu d'un uniforme et armé d'un fusil, il était représenté sous les traits d'un défenseur de la liberté. Delstanche resta éternellement un des amis les plus enthousiastes de cette Italie qu'il

aima comme sa seconde patrie et qu'il ne manquait jamais de revoir chaque fois que l'occasion lui en était donnée.

De retour en Belgique, il fut nommé en 1865 médecin des pauvres, poste où la terrible épidémie de choléra de 1866 lui fournit l'occasion de montrer le zèle le plus désintéressé. L'esprit de dévouement dont il fit preuve lui valut les félicitations et un diplôme de la ville de Bruxelles.

Malgré ses occupations nombreuses, Delstanche continuait à s'occuper de la littérature médicale moderne et particulièrement de l'otologie. La collection anatomo-pathologique de l'oreille du Dr Toynbee à Londres fut pendant quelque temps l'objet de ses études.

Comme toute science, l'otologie est le résultat du travail intellectuel d'un certain nombre de savants, science dont chacun selon son talent, ses dispositions, a traité avec prédilection une branche spéciale.

C'est ainsi que nous voyons les uns s'occuper d'études anatomiques ou physiologiques, les autres porter leur attention sur la clinique et la pathologie.

Delstanche poursuivait en otologie le point de vue pratique, et la raison de ce penchant en fut peut-être dans son caractère si délicat, si plein d'humanité, qui le porta toujours au soulagement des malades.

Dès le début de sa carrière scientifique, alors qu'il était encore sous l'influence de son père, partisan des théories de Kramer, il s'adonna avec zèle, à l'otologie moderne, qui a pour base l'anatomie pathologique dont il chercha à utiliser les résultats pour l'otologie pratique.

De nombreux travaux relatifs aux affections auriculaires ont été publiés par Delstanche, tant dans les journaux médicaux de Belgique, qu'à l'étranger. Vouloir les énumérer serait trop long ; qu'il nous suffise d'indiquer ici les lignes principales des œuvres où il appliqua son esprit scientifique et pratique. Sa thèse sur les « bourdonnements de l'oreille » constitue un travail remarquable sur l'étiologie et la symptomatologie de ces sensations subjectives ; elle lui valut sa nomination à l'Université de Bruxelles par acclamation.

Mais ce qui a contribué surtout à donner au nom de Dels-

tanche une réputation étendue, ce sont ses divers procédés de traitement mécanique des maladies de l'oreille à travers le conduit auditif externe. Il se révéla hors de pair pour l'invention d'appareils ingénieux. Chacun de nous connaît l'utilité de son « raréfacteur de l'air dans le conduit auditif externe » dans différentes affections de l'oreille et la grande valeur thérapeutique du « massage du tympan et des osselets » dans les affections adhésives de la caisse.

L'introduction du « massage dans la thérapeutique des maladies de l'oreille » lui assurerait, à elle seule, et à tout jamais un nom durable dans les fastes de la science otologique. Citons encore l'introduction « des injections de vaseline liquide » dans la pratique otologique, un procédé « d'extraction du marteau » qui simplifiait d'une manière notable cette opération délicate. Par tant de procédés, Delstanche mérite à bon droit le nom de Père de l'Ecole otologique belge.

La grandeur d'un savant ne réside pas seulement dans des travaux scientifiques, mais encore dans les qualités de son caractère. Delstanche fut à ce point de vue un modèle et le type de l'homme doué de toutes les qualités du cœur et de l'esprit. C'était un caractère ferme, un homme d'une affabilité sans borne, consciencieux et qu'une aimable modestie rendait sympathique à tous. Il appartenait au nombre de ces heureux qui savent conquérir des amis et les conserver. Il entraînait par le charme de ses manières et de sa conversation tous ceux qui avaient le bonheur d'entrer en relation avec lui.

Cette rare bonté d'âme, il l'apporta aussi dans la pratique de son art et dans ses actions charitables, car ce fut pour lui une satisfaction constante de mettre son savoir entièrement à la disposition des pauvres. Dans ce but il fonda, en 1877, la première clinique gratuite en Belgique pour les maladies de l'oreille et du nez. Cette clinique fut bientôt tellement fréquentée que l'année suivante elle était transférée à l'hôpital Saint-Jean. Là, pendant vingt-cinq ans, Delstanche traita des milliers de malheureux avec une patience et un dévouement sans borne, mettant tout son bonheur à les aider, les soulager et les consoler, ne ménageant à leur égard, ni son temps, ni ses forces, ni sa santé. Aussi son souvenir restera-t-il à jamais gravé dans la mémoire de la population Bruxelloise.

Une des périodes les plus heureuses de la vie de Delstanche fut celle du Congrès otologique qui se tint à Bruxelles. On le nomma Président. Tous ceux qui assistèrent à cette réunion, se rappellent avec plaisir avec quelle dignité il la dirigea, quel accueil aimable il fit à chacun et combien il sut s'entourer de confrères zélés pour nous recevoir. Toute son énergie fut consacrée à l'éclat de cette réunion scientifique. Si elle brilla entre toutes, c'est à Delstanche qu'on le doit. Et c'est pourquoi tous ceux qui ont été au Congrès de Bruxelles en garderont un souvenir ineffaçable.

Les mérites de Delstanche étaient connus partout, aussi bien par les spécialistes que par les sociétés savantes ; membre de la société royale de Belgique, de celle de Madrid, de la société médico-physique de Florence, de la société des laryngologistes et otologistes italiens, etc., le roi des Belges le décora de son ordre. Mais sa plus grande distinction lui fut conférée l'an dernier par le Congrès international d'otologie de Londres, qui lui décerna le prix Lenval au milieu d'applaudissements unanimes. J'eus le bonheur de voir Delstanche une fois encore après le Congrès ; il était heureux de cette distinction qu'il regardait comme le plus grand honneur de son existence.

La vie intime de Delstanche était heureuse et patriarcale. En 1868, il avait épousé la fille du célèbre peintre J.-B. Madou, dont il eut deux fils et deux filles. A la mort prématurée de son épouse chérie, il se voua tout entier à l'éducation et au bien-être de ses enfants. Au milieu de sa famille, à côté de ses vieux parents, de ses frères et sœurs, dans la société de ses collaborateurs et de ses amis, Delstanche trouva ce bonheur si rare que la destinée n'accorde qu'aux favoris d'entre les mortels.

Malheureusement ce bonheur ne pouvait rester immuable et les dernières années de Delstanche, troublées par les progrès incessants d'une maladie tabétique, rendirent triste et déprimé cet homme d'une humeur jadis si joviale. Aussi nous devons regarder l'affection infectieuse à laquelle il succomba, comme une dernière faveur de la Providence, qui, étendant sur lui les sombres ailes de la mort, l'a délivré du dépérissement et de l'agonie d'une longue et cruelle infirmité.

Le nom de Delstanche nous reste et il évoquera désormais en nous l'idée sublime du médecin noble et dévoué, chez lequel le zèle sincère pour les progrès scientifiques, joint à un grand dévouement, s'unissait à une bienveillance et à une générosité sans borne.

M. SCHIFFERS. — Monsieur le président, Messieurs et très honorés confrères, permettez-moi d'ajouter quelques mots, non pas pour parfaire le discours véritablement magistral de M. le professeur Politzer, mais seulement pour lui adresser tous mes remerciements des paroles émues et si éloquentes qu'il vient de prononcer, ainsi qu'à vous, Messieurs, qui avez bien voulu vous y associer unanimement. Je le fais au nom de mes compatriotes et particulièrement en celui de la société belge d'otologie et de laryngologie, en l'absence de son président.

MOYENS DE PROTECTION DE L'ORGANISME AU NIVEAU
DU PHARYNX

Par le Dr C. CHAUVEAU

Etant donné la nature infectieuse d'un très grand nombre d'affections pharyngées, un intéressant problème de biologie générale se pose à l'esprit. On se demande pourquoi un organe, dont la cavité fourmille incessamment de microbes variés, ne se laisse pas plus souvent pénétrer les germes pathogènes.

Diverses explications ont été proposées de ce fait en apparence paradoxal. Sous l'influence des idées régnantes, on a invoqué tour à tour les propriétés bactéricides des humeurs et la phagocytose. Or, ces propriétés antiseptiques reposent sur des expériences dont on a contesté la valeur; d'autre part, les idées qui ont fait admettre la phagocytose reposent bien plus sur des conceptions *a priori* que sur l'expérimentation; et même les recherches récentes de Retterer semblent en mettre formellement en doute l'existence.

Nous ne pensons pas, malgré le silence des auteurs, que ce soient là les seuls moyens de défense que possède le pharynx. Ainsi que le fait remarquer Richet, dans un article fort intéressant, paru tout dernièrement dans le *Dictionnaire de physiologie* (défense de l'organisme), les fonctions de nutrition ou de relations peuvent être en même temps fonctions de défense. Ce rôle protecteur n'en existe pas moins, bien qu'il n'ait pas jusqu'ici, d'une façon suffisante, attiré l'attention. C'est sous d'autres rubriques qu'il faut savoir rechercher dans les traités de physiologie ou de pathologie ces procédés de protection.

D'autre part, certains faits cliniques, bien que d'observation courante et bien connus des praticiens, ne sont même pas mentionnés. Nous avons tâché de faire une étude d'ensemble de toutes ces notions jusqu'ici éparses, car il nous a semblé que celle-ci présenterait quelque intérêt, au moins comme travail d'attente.

Pour mettre un peu d'ordre dans notre exposition, nous avons adopté la classification suivante des moyens de défense du pharynx.

- | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------|
| A. Moyens de défense anatomiques | } | d'ordre architectural, |
| | | d'ordre histologique. |
| | } | 1° propriétés bactéricides, |
| | | 2° phagocytose pharyngienne, |
| | | 3° déglutition, |
| B. Moyens de défense physiologiques | | 4° vomissement, |
| | | 5° éternuement, |
| | | 6° défense sécrétoire, |
| | | 7° défense sensorielle, |
| | | 8° cicatrisation. |

I. — Moyens de défense anatomique

1° ARCHITECTURAUX

a) *Disposition macroscopique des fosses nasales.* — L'air qui pénètre dans le pharynx passe normalement par les fosses nasale. Or, celles-ci, à la différence de la cavité buccale, sont toujours béantes. D'autre part, le vide énorme que produit la dilatation thoracique précipite l'air dans les voies respiratoires avec une force et une rapidité bien connues et qui même ont été mesurées par les physiologistes. Ces deux phénomènes mettent le pharynx dans des conditions d'autant plus défavorables que, dans les milieux urbains, l'air respiré est toujours chargé de quantités innombrables de microbes et de poussières. Or, ceux-ci, dans la grande majorité des cas, ne pénètrent pas plus loin que les fosses nasales. Ceci s'explique quand on examine la disposition même de cette cavité. La présence des trois cornets divise, en réalité, chaque cavité en trois compartiments, séparant la masse aérienne en

minces lames qui cheminent entre des parois relativement assez rapprochées. Cette disposition anatomique a, en outre, l'avantage de multiplier considérablement la surface d'implantation des cils vibratiles à travers lesquels l'air filtre en partie, et qui, d'autre part, par leurs mouvements, chassent les germes à la façon d'un balai. De plus, ces parois si rapprochées sont enduites, ne l'oublions pas, d'un mucus gluant et visqueux qui favorise le dépôt des poussières et des germes. Strauss jugeait tellement importantes ces dispositions architecturales qu'il les assimilait à une bourre de soie aseptique. Chacun sait que les diverses obstructions nasales (principalement déviation de la cloison, hypertrophies, végétation) rendent plus fréquentes certaines affections de la gorge, du larynx et des bronches. Divers auteurs allemands affirment avoir constaté que la rougeole, la scarlatine, la variole, se retrouvent plus souvent chez les écoliers, qui respirent exclusivement par la bouche.

b) *Paroi postérieure du cavum.* — Si quelques germes, malgré les obstacles accumulés sur leur route pendant le trajet nasal, arrivent néanmoins dans le cavum, la plupart y sont arrêtés grâce à la disposition suivante. En face des choanes se dresse, comme un écran, la face postérieure du pharynx : sur cette paroi vient se briser le courant d'air qui s'échappe des fosses nasales et dont la direction est antéro-postérieure. Or, cette paroi est enduite, comme le savent les spécialistes, d'une couche de mucus gluant, ainsi que le reste du cavum. Les germes viennent s'y incruster, et, ce qui montre bien que ce n'est pas là une conception hypothétique, c'est l'amas de poussière qu'on retrouve chez les individus adonnés à certaines professions, tels que : charbonnier, tailleur de pierre, etc. (Schech).

c) *Défense d'ordre histologique.* — Les cavités buccales et pharyngiennes ne présentent pas les obstacles passifs, mais efficaces que possèdent les fosses nasales. La seule disposition architecturale favorable, c'est qu'au lieu d'être des poches sans issues, des sortes de clapiers comme le vagin, elles constituent des couloirs incessamment parcourus par les aliments et la salive déglutis.

2^e MOYENS DE DÉFENSE HISTOLOGIQUE

Les moyens de défense d'ordre anatomique n'en sont pas moins ici puissants pour être d'une nature différente de ceux du nez. Les muqueuses qui tapissent la bouche et le pharynx ont, en effet, une résistance remarquable. Ce ne sont pas ces membranes presque diffuses, crémeuses, se déchirant au moindre effort, qu'on rencontre dans l'estomac, par exemple, ou l'intestin, mais des dermo-muqueuses dont la structure ressemble beaucoup à celle de la peau. Le chorion est constitué par des faisceaux lumineux, formant, par leurs entrecroisements, une sorte de toile serrée, épaisse et solide, revêtue par un épithélium pavimenteux, stratifié, assez semblable à l'épiderme, dont il possède la couche profonde ou de Malpighi. Les couches superficielles ne subissent pas, il est vrai, de transformation cuticulaire; mais elles sont constituées par des cellules fortement tassées et très résistantes. Ce qui le prouve, c'est que l'épithélium résiste très bien aux températures souvent très élevées des aliments, aux liquides caustiques, pourvu que ceux-ci soient dilués (aliments acides, gargarismes) et que les corps étrangers ne les déchirent que quand leurs aspérités sont très aiguës. Les microbes trouvent dans ces couches de cellules une résistance très appréciable et d'autant plus efficace que les cellules superficielles sont en état de mue pour ainsi dire constante. Les germes qui ont réussi à les envahir sont donc entraînés avec elles, s'ils n'ont pas eu le temps de pénétrer un peu plus profondément.

II. — Moyens de défense physiologique

1^o PROPRIÉTÉS BACTÉRICIDES DES HUMEURS

L'idée d'une défense chimique du pharynx par ses sécrétions dérive incontestablement des beaux travaux d'Ogata et Kitasato sur les propriétés bactéricides du sérum sanguin de la grenouille, travaux bientôt suivis de recherches nombreuses parmi lesquelles il faut citer surtout celles de Nuttall, Nissen, Behring, etc. On se demanda si les sécrétions glandulaires

qui proviennent, en somme, des principes du sang ne possédaient pas aussi en partie les propriétés antiseptiques du sérum. Ces vues n'étaient pas tout à fait illusoirs, puisqu'elles semblent confirmées pour la bile et le suc gastrique. Elles paraissent moins certaines pour le mucus nasal et la salive; du moins, les opinions qui ont été successivement émises sur ce sujet diffèrent beaucoup.

a) *Mucus nasal*. — La première publication sur les propriétés bactéricides du mucus nasal est due à Lermoyez et Wurtz. Les recherches ont été faites dans le laboratoire de Strauss et le résultat communiqué à la Société de biologie en 1893 (Voir compte rendu de la Société de biologie, 1893, p. 756). Elles ont porté principalement sur la bactérie charbonneuse. Voici les détails que ces auteurs fournissent sur le mucus nasal employé : « Le mucus dont nous nous sommes servi provenait de différentes sources. Les personnes qui l'ont fourni présentaient une intégrité absolue de la muqueuse des fosses nasales. Pour le recueillir, après avoir aseptisé avec soin le vestibule des narines, on excite la sécrétion de la pituitaire en plaçant dans le nez de petites boulettes d'ouate stérilisée. On obtient ainsi un liquide transparent, filant, très visqueux donnant au papier de tournesol une réaction neutre ou très faiblement alcaline; il est presque amorphe; à l'examen microscopique, il ne montre que quelques cellules épithéliales et quelques *leucocytes extrêmement rares*.

« Si l'on a soin de rejeter les premières gouttes qui s'écoulent et qui ont balayé le nez, le mucus se montre presque toujours stérile, ainsi que nous nous en sommes assurés par l'ensemencement. On peut, de plus, le stériliser par la méthode de Tyndall. Disons, maintenant, quels ont été les effets sur la bactérie charbonneuse transportée dans ce milieu à l'aide de la pointe d'un fil de platine préalablement stérilisé. Des cultures dans du bouillon ordinaire avaient été pratiquées en même temps pour servir de témoin. Le tout était placé dans une étuve à 38°, c'est-à-dire à la température normale du corps, pendant un laps de temps allant de trois heures à trois semaines. Puis, on ensemait des plaques de gélatine avec

une goutte recueillie, soit dans le mucus, soit dans le bouillon pour pouvoir comparer. Or, avec le mucus, les plaques se sont toujours montrées stériles, quelle que fût la durée du séjour. » Des expériences d'inoculation sur le cobaye ont aussi été tentées. Voici comment : « Le mucus ensemencé avec des traces de bacillus anthracis, placé à l'étuve à 38° pendant vingt-quatre et quarante-huit heures, a été inoculé sous la peau à des cobayes à doses variables, allant jusqu'à 3 centimètres cubes de mucus. Ces inoculations se sont constamment montrées inoffensives. » Les auteurs ont expérimenté encore avec d'autres microbes; mais ils ne fournissent pas les résultats de leurs expériences, se contentant de dire que les choses se passent de la même façon, mais que les effets sont notablement moins intenses que pour la bactériodie charbonneuse.

Depuis, divers expérimentateurs ont étudié cette action soit disant bactéricide du mucus nasal et ne l'ont pas constatée. Paul Viollet (Société de biologie, 23 décembre 1899) dit textuellement que l'action microbicide du mucus nasal est due exclusivement aux phagocytes qu'il contient. Si on l'en prive par la filtration, le mucus nasal demeurerait inerte.

Viollet a recherché la survie du bacille de Koch introduit dans les fosses nasales du cobaye. « Prélevant à l'aide d'un fil de platine flambé un grain de culture virulente de tuberculose humaine sur pomme de terre glycinée à 6 % qu'avait eu l'obligeance de me fournir le Dr Auclair, je l'écrasai à l'aide d'une pince flambée sur l'extrémité d'une soie de sanglier recouverte d'une fine couche de ouate hydrophyle stérilisée et humectée d'eau aseptique, afin d'assurer l'adhérence des parcelles de culture à l'ouate; puis, j'introduisais cette soie flexible ainsi chargée de culture dans une des fosses nasales du cobaye et je l'essuyais le plus doucement possible contre ses parois. Pour faciliter l'opération, j'avais soin d'engourdir l'animal en lui injectant sous la peau, trente ou quarante minutes avant l'expérience, 2 centimètres cubes d'une solution de morphine à 1 %. Les éternuements provoqués par l'introduction de la soie étaient de la sorte presque complètement évités et, par suite, notre ensemencement restait véritablement positif.

« Je tiens à faire remarquer que malgré toutes les précautions prises pour éviter les blessures de la muqueuse nasale des animaux en expérience lors de l'introduction de la soie dans leur fosse nasale, l'ouate qui la recouvrait était généralement tant soit peu teintée de sang quand je la retirais (quatre fois sur cinq).

« J'ai ainsi inoculé cinq cobayes, chacun avec un grain de culture de la grosseur d'une tête d'épingle ordinaire. A l'autopsie de l'un d'eux, mort trente-deux jours après l'ensemencement nasal, j'ai trouvé le bacille tuberculeux dans les gouttes de mucus recueillies dans les régions antérieures des fosses nasales. La muqueuse des fosses nasales de l'animal, au moins dans les portions épargnées par les instruments d'autopsie, ne présentait aucune lésion appréciable. Les poumons ne contenaient que des granulations grises, non suppurées, qui, ensemencées avec soin, redonnaient la tuberculose en culture pure. Les bacilles trouvés dans le nez ne provenaient donc pas de mucosités expectorées. La tuberculose était formée comme elle l'est habituellement chez le cobaye. Le foie contenait de nombreux tubercules abcédés, la rate, des tubercules gris contenant le bacille ; les méninges m'ont paru saines ; des frottes faites avec de la sérosité recueillie par la cavité crânienne au-dessus de la lame criblée ne contenaient pas de bacilles ; l'intestin n'a malheureusement pas été examiné. J'ai recherché en vain à l'autopsie et sur le vivant, huit et quinze jours après l'inoculation, le bacille introduit dans les fosses nasales des quatre autres cobayes, soit par examen direct de leur mucus, soit en l'inoculant sous la peau à d'autres cobayes. L'un d'eux, cependant, était mort, comme le premier, de tuberculose généralisée vérifiée bactériologiquement à l'autopsie au bout de quarante-neuf jours. Ainsi, le bacille tuberculeux peut être détruit ou tout au moins rendu inoffensif dans bien des cas au niveau des fosses nasales : il s'agit là, sans doute, d'une action phagocytaire : car le mucus nasal débarrassé de ses éléments cellulaires n'a pas plus de pouvoir bactéricide que le sérum sanguin, la salive, le mucus vaginal, entre autres liquides organiques placés dans les mêmes conditions. Mais cette action peut être fort

incomplète et tarder au point de permettre à l'infection de se généraliser à l'organisme entier (deux cobayes sur cinq) ou au bacille tuberculeux de vivre et probablement de se multiplier au sein du mucus pendant plus de cinq semaines (cobayes qui font l'objet de cette communication). Ce fait mérite d'être rapproché de celui qu'Hippolyte Martin et Gartner ont constaté pour le sang de poule : ces deux auteurs ont vu que le bacille de la tuberculose humaine pouvait vivre plusieurs mois dans le sang de poule et y garder sa virulence. En résumé, il résulte de ces quelques expériences que le bacille tuberculeux peut vivre longtemps dans les fosses nasales du cobaye sans être détruit par le mucus dans lequel il baigne. Il suffit probablement d'une érosion de la muqueuse nasale ou de l'injection des mucosités ainsi contaminées pour provoquer la mort de l'animal par la tuberculose généralisée. »

Faisons remarquer que dans ces expériences, la muqueuse nasale a été excoyée par l'instrumentation, puisque l'auteur lui-même signale une émission sanguine, si petite soit-elle. Cela leur enlève à notre sens une partie de leur valeur, car, il y a eu évidemment création d'une porte ouverte pour l'entrée des microbes.

Du reste, les divergences n'ont point lieu d'étonner en présence de la délicatesse et de la minutie extrême de ces sortes de recherches. Les sources d'erreur sont très nombreuses, même si on expérimente avec des liquides chimiques d'un pouvoir antiseptique autrement énergique que celui du mucus nasal.

Il faut tenir compte : 1° de la nature des microbes ; 2° de leur vitalité fort différente, si l'espèce est identique : variations se traduisant par l'existence de véritables races dont la résistance, la pullulation et la virulence se différencient considérablement ; 3° de la distinction qu'il faut faire entre l'absence de pullulation et la destruction véritable. Dans certains milieux, soit que ceux-ci forment des terrains nutritifs pauvres (liquides dont la constitution chimique se rapproche de l'eau), soit qu'ils renferment en réalité des substances toxiques pour les microbes, les germes ne se développent pas. Leur nombre reste si faible après l'ensemencement qu'on peut facilement croire à leur

annihilation ; mais on constate qu'il n'en est rien, lorsqu'on a le soin d'ensemencer dans d'autres milieux avec les microbes en expérience.

A l'heure actuelle, des faits nombreux démontrent incontestablement que les fosses nasales, même absolument saines, abritent une flore nombreuse de microbes. Par conséquent, il ne saurait s'agir pour le mucus nasal de destruction proprement dite. Vers la même époque où Lermoyez et Wurtz expérimentaient sur le mucus nasal, Straus prouvait d'une façon irréfutable que les fosses nasales de sujets sains pouvaient contenir des bacilles de Koch. Un peu plus tard, la chose fut démontrée aussi pour le bacille de Lœffler par Frankel, puis pour le staphylocoque, par Behring, le streptocoque, le pneumocoque, etc., bien qu'Hajek ait montré le peu d'abondance de ces microbes. On peut donc simplement se demander si le mucus nasal, tout en ne détruisant pas les microbes, n'atténue pas néanmoins d'une façon appréciable leur virulence et leur pullulation. Plus modeste que ne l'avaient supposé Lermoyez et Wurtz, son rôle serait encore considérable.

Malheureusement, les données expérimentales ne peuvent jusqu'ici apporter une réponse absolument définitive. La clinique toutefois semble fournir quelques arguments en faveur d'une atténuation microbienne. La rhinite fibrineuse semble bien due actuellement, dans la majorité des cas, au bacille de Lœffler. Ce serait donc le plus souvent de la diphthérie. Or, cette diphthérie bénigne actuellement ne se propage guère et ne révèle d'ordinaire sa présence que par quelques phénomènes toxiques et des fausses membranes (Sur la diphthérie nasale, par le Dr Chauveau, *Journal clinique et thérapeutique infantile*, 26 mai 1898). Les rhinites pseudo-membraneuses, dues à d'autres microbes, se comportent d'habitude de même façon, bien que divers auteurs (et nous-même, *Archives de médecine des enfants*, décembre 1898), aient signalé quelques cas graves. Enfin, dans le simple coryza, on constate la présence de streptocoques, de staphylocoques... Ceux-ci sont-ils atténués ou restent-ils sans dangers pour l'organisme parce qu'ils ne peuvent traverser la couche épithéliale ? Autant de questions qui, pour être résolues, demanderaient de nouvelles

recherches accomplies avec une rigueur extrême. Nous avons de notre côté institué une série d'expériences, dont nous donnerons prochainement les résultats.

b) Salive. — L'action bactéricide de la salive fut étudiée peu après celle du mucus nasal par Sanarelli (*Centralblatt für Klinische medicin*, 1894). Cet auteur, pour obtenir un liquide absolument pur, filtrait à l'aide de la bougie Chamberland. La salive ainsi débarrassée de toutes particules solides était mise dans des tubes. La quantité variait de 10 à 15 centimètres cubes. L'aspect était absolument transparent et la réaction neutre. Chacun des tubes était ensemencé à l'aide d'un fil de platine stérilisé et le tout placé dans une étuve à 37° pendant un temps variable. On prélevait à intervalles successifs un peu de cette salive ainsi traitée pour faire des cultures sur gélatine (plaques enroulées d'Esmarck).

Sanarelli tire de ses recherches les conclusions suivantes :

« 1° La salive humaine doit être considérée comme un terrain absolument défavorable à certains microbes pathogènes (*staphylococcus aureus*, *micrococcus tétragènes*, bacille d'Erberth, bacille virgule du choléra....)

2° Si le nombre des microorganismes ensemencés n'est pas considérable, ceux-ci finissent souvent, après une longue période de résistance, par disparaître.

3° Quelques variétés continuent à se développer, le pneumocoque par exemple ; mais ce microbe, s'il conserve sa vitalité, est modifié dans sa forme et surtout dans sa virulence qui est considérablement atténuée ».

On peut faire aux expériences de Sanarelli les mêmes objections qu'à celles de Lermoyez et Würtz. De plus, divers microbes et même des champignons plus élevés en organisation, tels que le *leptothrix*, y pullulent ; ce qui est peu en faveur d'une action microbicide. D'autre part, avec le filtrage à la bougie, Sanarelli n'a-t-il pas obtenu un liquide trop aqueux, trop dépourvu de principes nourrissants et par conséquent impropre à la vitalité des microbes ? En outre, ses affirmations sur la diminution de virulence du pneumocoque méritent confirmation ; car, suivant Jaccoud et ses élèves, c'est de la bouche que proviendrait le microbe qui envahit les alvéoles

pulmonaires dans la pneumonie. On dit bien, il est vrai, que l'organisme a alors une résistance diminuée ; mais on doit reconnaître qu'en tout cas la virulence des microbes se réveille bien facilement ? D'ailleurs, comme le dit Muller, le pneumocoque a une vitalité fragile, facilement modifiable.....

Cet observateur a repris les recherches de Sanarelli et est loin de conclure de même façon. Pour ne pas avoir une salive trop aqueuse, il évite de la filtrer à la bougie. Avec cette salive, il inocule une centaine de souris blanches et a vu que dix seulement résistèrent. Les autres succombèrent à des infections diverses.

Rappelons, d'autre part, que Galippe a retrouvé des microbes dans le conduit exécuteur des glandes salivaires, c'est-à-dire baignant dans une salive aussi pure et aussi fraîche que possible.

Albert Mills croit davantage à l'action microbicide de la salive. Il pense que ses sels métalliques sont défavorables au développement des germes. Cependant l'albumine qu'elle renferme constituerait un milieu nutritif assez favorable. Néanmoins, jamais la virulence microbienne ne se trouverait par elle augmentée.

Hugenschmidt a fait sur ce sujet des expériences très intéressantes et fort bien conduites qui diminuent considérablement la valeur des assertions de Sanarelli.

Pour avoir de la salive à peu près pure de débris alimentaires, il fait rincer la bouche soigneusement à jeun, puis recueille, quelque temps après, la salive qui s'est amassée à nouveau dans la cavité buccale. Il la distribue dans des tubes à essai stérilisés, après avoir divisé le liquide en deux parts : l'une qu'il filtre à la bougie Chamberland ; l'autre, simplement à travers le papier ordinaire stérilisé.

Dans les deux cas, l'action bactéricide s'est montrée la même. Aussi, finalement, on ne s'est servi que de la salive filtrée à la bougie Chamberland, pour pouvoir expérimenter avec une salive absolument dépourvue antérieurement à l'expérience de tous germes. On verse donc deux centimètres cubes de ce liquide dans les tubes à essai stérilisés ; puis, on ensemence avec le fil de platine, préalablement chauffé au rouge, une partie de

ces tubes avec du staphylocoque. Des tubes différents sont prélevés à diverses reprises des gouttelettes pour ensemençer des plaques de gélatine. Par exemple, dès le début, on prélevait une petite partie du liquide pour ensemençer de la gélatine fondue et étalée à la surface d'une boîte de Pétri ; ou bien, on n'agissait ainsi qu'après une demi heure, une heure, etc.....

Voici les résultats obtenus : au bout d'un quart d'heure, d'une heure, de vingt-quatre heures, de quarante-huit heures, les staphylocoques sont restés innombrables. Avec la *Torula*, l'augmentation a été manifeste. Mêmes résultats, dans les expériences M. et N.

Dans l'expérience V, les colonies furent comptées ; avec le *Torula*, on avait immédiatement après 5 051 ; au bout d'un quart d'heure 2 845 ; de trois heures 3 640 ; de dix heures 7 080. Dans l'expérience VI, on comptait au début 556 *Torula*, après un quart d'heure, 1 452 ; trois heures 1 540, dix heures 2 830. Dans l'expérience VII, on se servit non plus de la *Torula*, mais de la Sarcine on en trouve d'abord 90, à partir d'une demi-heure 216, d'une heure 380, de 24 heures 1 410. A l'expérience VIII, même augmentation. Dans une autre série de recherches, au lieu d'ensemencer avec la quantité de microbes contenue dans une anse de platine, on se servit seulement de la pointe du même fil ; la quantité de microbes était donc bien moindre et l'étude ainsi plus facile. Or, avec la *Torula*, on constatait, au début, le chiffre 274 ; un quart d'heure après 224 ; une heure après 210 ; vingt-quatre heures après 265. Résultats sensiblement identiques pour les expériences IX et X. Dans l'expérience XI, le nombre des *Torula* était très faible et ne dépassait pas 16. Il était au bout d'un quart d'heure de 35 et de 118 au commencement du deuxième jour.

Avec des staphylocoques, on obtient les chiffres suivants dans l'expérience XXIII : immédiatement, 250, après un quart d'heure, 276, une heure, 312, 8 heures, 3778.

Avec le vibron du choléra de Massouah, on comptait d'abord 220, à partir d'un quart d'heure, 256, d'une heure, 248, de sept heures, 11 340, de vingt-quatre heures, 32 627.

Avec celui du choléra de Constantinople, immédiatement après (l'expérience XXXIV) 140, au bout d'un quart d'heure, 240 ; d'une, 440 ; de vingt-quatre heures, 2 160.

Hugenchmidt a poursuivi avec la même rigueur trente-sept expériences en tout. Il croit pouvoir en tirer les conclusions suivantes dans lesquelles il distingue avec raison la salive chauffée et non chauffée.

« En résumé :

Sur la *Torula*, action peu marquée de la salive non chauffée ; action certainement plus grande de la salive chauffée à 60°.

Sur la *Sarcine*, aucune action. Cette bactérie se développe aussi bien dans la salive chauffée que dans celle non chauffée. Le développement du streptocoque n'est nullement influencé par le liquide salivaire chauffé ou non chauffé. Il n'est donc pas surprenant, comme MM. Vidal et Bezançon l'ont démontré, que sa présence dans la bouche soit constante. Sur le staphylocoque doré, l'action est certainement plus manifeste que sur les bactéries précédentes et la salive chauffée à 60° est plus bactéricide que celle non chauffée.

Pour le choléra, l'action est tout à fait nulle ; le vibrion cholérique se développant rapidement dans le milieu salivaire.

S'il existe une différence d'action, elle est due à l'origine de la bactérie ; en effet on constate, sept heures après le premier ensemencement, que le développement du vibrion cholérique provenant de Massouah est beaucoup plus rapide que celui de Constantinople.

Comme on peut le voir, l'action bactéricide de la salive nous paraît des plus problématiques. Nous n'avons jamais pu la constater d'une façon bien évidente sur aucun des microbes employés. Dans ces cas nombreux, les microbes introduits dans la salive poussent rapidement, de sorte que leur nombre, au bout d'un temps très court, devient notablement plus considérable. Parfois, il y a, au début, une certaine lenteur dans la croissance et même on constate la destruction de certains microbes ensemencés. Mais, il faut se rappeler que le simple passage des microbes d'un milieu dans un autre peut amener la destruction partielle de ces microbes. Les expériences de Haskine ont montré que des infusoires meurent rapidement si on les transporte d'une eau dans une autre, un peu dissemblable par sa composition chimique. Le même auteur a montré que le bacille d'Eberth, acclimaté dans un milieu peu favora-

ble à son développement, ne végète qu'avec peine lorsqu'on le réensemence dans un milieu plus favorable, pour l'espèce dans du bouillon peptonisé.

Ce qui confirme notre manière de voir, c'est que dans nos expériences, ce semblant d'action bactéricide se constate non seulement lorsqu'il s'agit de salive intacte, mais encore avec la salive chauffée à 60°, dépourvue par conséquent des principes bactéricides analogues à celui du sérum sanguin. Nous disons même plus : nous avons trouvé pour la *Torula* et le staphylocoque que la salive chauffée à 60° avait un pouvoir plus bactéricide que celle non chauffée. Il n'y a donc à établir aucune comparaison même éloignée entre le prétendu pouvoir bactéricide de la salive et celui que le sérum peut manifester vis-à-vis de certains microbes.

L'étude attentive de l'immunité a d'ailleurs montré que les propriétés bactéricides du sérum ne peuvent expliquer la résistance des animaux à leur envahissement par les virus. Nous sommes donc, *a fortiori*, autorisé à conclure que l'immunité des parois buccales contre les infections n'est pas due à la salive ».

2° PHAGOCYTOSE PHARYNGIENNE

Les théories actuelles sur la phagocytose pharyngienne sont dérivées de deux idées : celle de la nature lymphoïde des amygdales et celle du rôle phagocytaire attribué aux globules blancs.

Grâce aux travaux de Kölliker, Billroth, etc., on a considéré peu à peu les différentes amygdales comme des sortes de ganglions étalés et placés très superficiellement à la surface du tube digestif. Cette conception remonte jusque vers l'année 1850 ; puis en 1882, est venue la découverte de Stohr (voir *Biologisches Centralblatt*, 1882). D'après cet auteur, les amygdales seraient le siège d'une diapédèse de globules blancs qui arriveraient dans la cavité buccale, en passant à travers les fentes de l'épithélium. On ne se rendait du reste pas bien compte de la signification de cette diapédèse, lorsque Metchnikoff découvrit l'action des globules blancs sur les microbes. Cette découverte devait avoir comme contre-coup immédiat d'expliquer les fonctions jusqu'alors si mystérieuses de l'anneau de

Waldeyer. Comme les faits avancés par Metchnikoff sur le rôle qu'il attribue aux leucocytes se confirmaient de toutes parts, les spécialistes en arrivèrent presque tous, spontanément, en quelque sorte, à faire de cet anneau de Waldeyer un organe de protection pour le pharynx. Cette tendance était pour ainsi dire fatale, puisqu'on considérait les organes lymphoïdes qui le constituent comme de grands fabricateurs de globules blancs et qu'on savait que ces globules blancs étaient des phagocytes. Ces idées sont certainement très séduisantes ; elles rendent compte de la présence du tissu lymphoïde chez la plupart des vertébrés et de la constitution de ce tissu lymphoïde en anneau à la naissance des voies respiratoires et digestives chez les plus parfaits d'entre eux, c'est-à-dire chez les mammifères. On est toujours porté à se demander par un besoin téléologique de l'esprit la raison de la présence de certain organe. Cette sorte d'instinct mental trouvait, grâce aux idées phagocytaires, satisfaction complète. Cependant, il faut bien avouer que la phagocytose pharyngienne n'est pas à l'abri des objections. On se demande pourquoi les différentes amygdales sont-elles primitivement atteintes par certains contagions (scarlatine, diphthérie, etc.), servant ainsi aux microbes de véritables portes d'entrée. L'expérimentation n'est pas également très favorable aux théories phagocytaires. Ainsi, on a fait manger à des cobayes et à des lapins des aliments infectés de microbes ; ou bien on leur a badigeonné la gorge avec des liquides contenant de nombreux microbes. Dans les deux cas, lorsque l'expérience réussissait, c'était toujours les amygdales qui étaient prises et non le reste de l'organe, pourvu, bien entendu, qu'il eût conservé son intégrité. Des recherches toutes récentes de Retterer (Société de Biologie, 1900) devraient, si elles étaient exactes, faire même rejeter les idées phagocytaires. Suivant cet auteur, il n'y aurait pas diapédèse de globules blancs ; ce qu'on aurait pris pour des leucocytes ne serait, en réalité, que des cellules appartenant à un épithélium en voie de prolifération et qu'auraient déformé les réactifs fixateurs.

3° DEGLUTITION

Les physiologistes ont démontré que le pharynx est le siège de déglutitions pour ainsi dire incessantes, provoquées par la présence d'une petite quantité de salive constamment renouvelée sur les parois de l'organe. On sait que ces déglutitions jouent un grand rôle pour entrebâiller le pavillon de la trompe sous l'action des muscles péristaphylins et qu'ainsi se trouve maintenue une pression normale dans la caisse. Mais les déglutitions jouent très probablement encore un autre rôle non moins important. Elles balaient pour ainsi dire incessamment la surface des parois pharyngiennes et empêchent les microbes d'y séjourner longtemps, à moins qu'ils ne trouvent quelques abris anfractueux. Or, ceux-ci sont rares, comme on le sait, dans le pharynx buccal et laryngé, en dehors des cryptes amygdaliennes. Les quelques microbes qui persisteraient à rester collés aux parois ne manqueraient pas d'être entraînés au moment des repas, soit par la quantité de liquide souvent considérable déglutie à ce moment, soit par le frottement même des aliments demi-solides. Les expériences bien connues de Kronecker et Meltzer prouvent avec quelle rapidité et quelle force le bol alimentaire parcourt les voies digestives supérieures, puisqu'il met moins d'une seconde à atteindre le cardia.

4° VOMISSEMENT

Le vomissement est, par excellence, un acte de défense. Il ne se produit que dans des circonstances exceptionnelles, lorsque l'organisme croit avoir intérêt en quelque sorte à expulser quelque chose qui lui déplaît ou le menace. Laissant de côté les causes stomacales ou psychiques du phénomène, nous ne nous préoccupons ici que de ses causes pharyngiennes. Or, la sensibilité de la muqueuse du pharynx est très fortement éveillée, comme on le sait, par la présence d'un corps étranger. Les spécialistes en savent quelque chose, eux qui pratiquent si souvent l'exploration digitale, l'examen au miroir ou le cathétérisme œsophagien. Le pharynx se révolte en quelque sorte

et essaye de s'opposer à nos desseins par ses contractions désordonnées. Le voile surtout est particulièrement excitable et pour réussir certaines explorations, chez des sujets très impressionnables, il faut endormir, comme on sait, sa sensibilité, par des badigeonnages à la cocaïne.

Les phénomènes mécaniques du vomissement s'accomplissent avec une telle régularité et s'enchaînent d'une façon si fatale qu'on ne peut méconnaître leurs caractères reflexes. On a même essayé d'établir qu'il y avait un centre nerveux pour le vomissement. Gianuzzi ayant séparé la moelle du bulbe vit que le vomissement n'était plus possible. Grimm; Hermann, puis Grève admirèrent que ce centre se confondait avec le centre respiratoire. Tumas croit qu'il est plus médian et que, situé à la hauteur de la pointe du *calamus scriptorius*, il dépasse celle-ci de 3 millimètres en avant et 2 millimètres en arrière. Mais, à cause de la complexité du phénomène et de la multitude des muscles mis en action, Wertheimer et d'autres physiologistes admettent que la région est plus diffuse et qu'il n'y a pas de centre proprement dit. Quoi qu'il en soit, le bulbe est certainement la partie de l'axe cérébro-spinal qui préside au vomissement, bien qu'il soit souvent influencé en cela par les hémisphères cérébraux.

Le vomissement rend des services incontestables dans bien des cas de corps étrangers fixés légèrement par une de leur aspérité. Le plus souvent ce corps étranger est délogé par les contractions énergiques du pharynx.

Or, le corps étranger non seulement par sa présence empêche la cicatrisation de l'organe s'il est lésé, mais congestionne les parties voisines du point blessé. Il est donc nuisible au premier chef, même quand son petit volume n'amène pas de troubles mécaniques.

Le vomissement qui survient dans ces circonstances semble avoir à la fois pour cause des excitations centrales et périphériques qui s'additionnent en quelque sorte. Le facteur psychique c'est la peur, le dégoût de sentir quelque chose arrêtée dans la gorge. Le facteur périphérique, c'est l'excitation de la muqueuse pharyngienne. Or, qu'arrive-t-il, si celle-ci persiste. Il survient « un véritable spasme du pharynx, qui,

de plus en plus énergique, se propage à l'estomac et détermine un commencement de vomissement. Autrement dit, si un objet ne peut pas être dégluti, la continuation de l'effort de déglutition amène le vomissement ». Telle est, d'après le professeur Richet, l'explication à donner du pouvoir en apparence paradoxal qu'aurait le pharynx de distinguer le corps étranger des aliments.

5° ÉTERNUEMENTS

L'éternuement, expiration brusque et violente, précédée d'une inspiration profonde, est un mouvement réflexe dû à une irritation du voile du palais ou des narines qu'on provoque facilement en chatouillant ces dernières. La voie sensitive est le trijumeau, la voie motrice est constituée par les nerfs qui commandent aux muscles expirateurs. Ceux-ci en se contractant avec violence chassent par le nez une quantité énorme d'air qui, animé d'une grande vitesse, déloge sans peine les poussières, les germes ou les corps étrangers qu'elle peut trouver sur son passage.

6° DÉFENSE MÉCANIQUE PAR LES SÉCRÉTIONS

Les propriétés bactéricides ne sont pas les seuls moyens de défense que l'on pourrait attribuer aux sécrétions nasales et buccales. Celles-ci exercent encore une protection mécanique d'une efficacité très appréciable.

1° Elles revêtent les muqueuses d'une couche de mucus, sorte de vernis qu'ont à traverser les microbes avant d'arriver sur l'épithélium. Or, cette couche est très épaisse, si on la compare à la petitesse du germe. Elle se renouvelle incessamment et se déplace sans cesse sous l'influence de l'action de se moucher, d'éternuer, de cracher, de déglutir. Avant de trouver une porte d'entrée, le microbe a donc bien des chances d'être entraîné au dehors. Si une inflammation catharrale survient, l'hypersécrétion, qui est un des phénomènes inflammatoires, accumule le liquide muqueux par dessus la membrane phlegmasiée et parait lui constituer comme une cuirasse. Ainsi, bien que les tissus aient perdu par l'altération de leur

structure et de leur vitalité une bonne partie de leur résistance, normale, les germes ne peuvent guère arriver à leur contact, d'autant plus que l'excès de sécrétion énervant le malade, celui-ci mouche, crache sans cesse et renouvelle ainsi, pour ainsi dire incessamment, le mucus qui baigne les muqueuses.

2° D'autre part, un corps étranger qui se collerait à la muqueuse nasale ou buccale n'y resterait pas longtemps attaché, même en faisant abstraction des moyens de défense d'ordre musculaire (éternuement, crachat, déglutition, vomissement). Un réflexe sécrétoire extrêmement actif s'établit; le point excité réagit sur les centres. L'excitation revient sur les glandes de la région, qui se mettent à sécréter très activement. Un flot de liquide est bientôt produit qui détache le petit corps étranger et occasionne sa chute dans l'intérieur de la cavité nasale ou buccale. Pour voir ce phénomène s'accomplir, on n'a qu'à saupoudrer de poussière les cavités nasales d'un mammifère quelconque; les petits grains de poussière ne restent pas longtemps; le torrent sécrétoire a bientôt fait de laver en quelque sorte la région.

7° DÉFENSE SENSORIELLE

Le rôle protecteur de certaines sensations douloureuses ou désagréables n'est plus à esquisser. Il y a longtemps que physiologistes et même philosophes en ont fait ressortir la nécessité.

Au pharynx, elles exercent leur action bienfaisante, comme dans le reste de l'organisme, et cela, en impressionnant surtout les cavités qui lui servent comme de vestibule. Les corps trop chauds, caustiques, de surface irrégulière ou raboteuse, ne sont pas acceptés par la bouche. Les fosses nasales rejettent les gaz d'une température élevée, corrosifs ou chargés de poussières.

Il y a de plus une défense sensorielle spéciale portant, soit sur le goût, soit sur l'odorat, et dont Richet a bien montré l'importance (article défense de l'organisme dans le *Dictionnaire de physiologie*). Les substances animales ou vé-

gétales en putréfaction ont une odeur et un goût si répugnants que ces aliments sont rejetés d'emblée par la plupart des espèces animales. Or, ces substances sont chargées de microbes plus ou moins pathogènes et contiennent des toxines. L'eau qui n'est pas absolument pure, qui contient des traces de matières organiques ne plaît pas non plus au goût, et ce sont justement ces eaux corrompues qui contiennent le plus de germes.

Il serait facile de multiplier les exemples de ce genre. Nous avons voulu simplement donner une idée générale de ce mode de protection.

8° CICATRISATION

Non seulement le pharynx est défendu par les procédés multiples que nous venons d'esquisser, mais dans le cas même où ses parois et les cavités qui lui servent de vestibule auraient été blessées, la solution de continuité n'offre pas longtemps une porte d'entrée aux divers microbes. La cicatrisation ne tarde pas à se produire.

Insistons un instant sur le côté biologique général du phénomène.

Ce processus vital, d'une importance capitale, est une des propriétés les plus remarquables des êtres organisés. Grâce à lui, les tissus peuvent réparer leurs pertes.

On sait que chez les animaux inférieurs il atteint une intensité extrême. Les êtres unicellulaires le présentent déjà nettement, pourvu que l'on respecte le noyau, ainsi que le démontrent les recherches de Balbiani sur les infusoires. Les zoophytes, notamment l'hydre d'eau (Du Tremblay), arrivent à reconstituer, avec chacun de leurs fragments, l'animal tout entier. La tête de l'escargot décapité repousse. Les pinces du crabe, séparées volontairement par autotomie, ne tardent pas à reparaitre et le même phénomène s'observe souvent à propos de la patte de la salamandre, vertébré inférieur. Les vertébrés supérieurs ne peuvent reproduire un organe perdu, mais ils réparent assez facilement les pertes *partielles* que ceux-ci subissent. Pourvu que la plaie ne s'infecte pas, le tissu normal peut parfaitement se reconstituer, sans production de cica-

trice ; cela, contrairement aux idées anciennes, d'après lesquelles, seul, le tissu osseux aurait joui de cette propriété. Nous n'avons qu'à rappeler les recherches de Kirby et Ascanari sur les plaies musculaires expérimentales, celles de Ranvier et Vanlair, sur la régénération des nerfs. Des faits identiques s'observent du côté du foie, du rein, de la rate, des testicules, etc. Le tissu cicatriciel n'apparaît en somme d'une façon régulière que lorsque la plaie s'est infectée.

Puisque nous nous occupons de la réparation des plaies superficielles de la muqueuse pharyngée, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer à quel degré de perfection arrive le processus de reconstitution quand il s'agit d'une autre muqueuse de celle de l'utérus. Celle-ci régénère ses parties superficielles à chaque menstruation et elle se reconstitue, pour ainsi dire, tout entière, après l'accouchement, au moyen des quelques éléments conservés dans la partie la plus profonde de ses culs-de-sac glandulaires.

Dans le pharynx, comme dans le nez et dans la bouche, les mêmes phénomènes de réparation, bien que moins accusés, se montrent cependant tout à fait remarquables, et ne manquent pas d'étonner les spécialistes qui y sont les plus habitués. Pourvu que la perte de substance ne soit pas trop considérable et qu'elle ne survienne pas chez un sujet dont la nutrition générale soit compromise, la réparation s'effectue avec une sûreté, une facilité, une rapidité tout à fait surprenante. Différentes explications peuvent être données de ce phénomène. La région étant très riche en vaisseaux, les éléments anatomiques très bien nourris doivent avoir une vitalité considérable. D'autre part, le sang qui afflue en ce point de l'économie y amène forcément les nombreux leucocytes qu'il renferme. Ceux-ci peuvent presque d'emblée et en quantité considérable commencer leur rôle phagocytaire. Ensuite la fibrine qui ne tarde pas à baigner la solution de continuité s'y coagule en pseudo-membrane bien connue des praticiens. Cette pseudo-membrane assez épaisse et assez résistante est une barrière évidente contre les microbes. Mais peut-être toutes ces raisons très plausibles ne suffisent pas pour expliquer certains cas de cicatrisation, s'accomplissant en dépit des circonstances les plus défavora-

bles : et on peut se demander pour ces muqueuses comme pour la peau, si les éléments qui les constituent, par cela même qu'ils sont plus exposés au traumatisme, n'offrent pas une tendance à la réparation tout à fait exceptionnelle. En effet, plus un organe travaille, plus il est exposé à s'user, à se détériorer et plus le métabolisme chimique et la renovation des éléments cellulaires y est intense. Ceci est une loi universellement acceptée en physiologie.

HYPERTROPHIE DE LA MUQUEUSE DU CORNET INFÉRIEUR SIMULANT UNE TUMEUR MALIGNE DU NEZ

Par le Dr **Georges DESVAUX** (d'Angers), ancien interne des hôpitaux
de Paris ⁽¹⁾.

M^{me} X... se présente à ma consultation à la fin de septembre 1899 pour une obstruction de la narine droite.

Cette femme, âgée de 37 ans, a toujours été bien portante et bien réglée, mariée à 22 ans elle n'a fait aucune fausse couche.

A 30 ans elle a accouché d'un garçon. A la suite de cette couche, hémorrhagie assez abondante, phlébite du côté gauche. Cette phlébite dura quarante-cinq jours. Depuis ce moment elle a toujours été soignée pour de l'anémie et peu réglée après sa couche.

Il n'y a que quelques semaines qu'elle se trouve gênée du nez.

C'est vers le 17 septembre qu'elle est prise d'épistaxis, épistaxis qui se renouvelle presque chaque jour et qui est assez abondante chaque fois. A ce moment, la gêne nasale est encore peu marquée. Au moindre attouchement avec le doigt, l'épistaxis se produit; mais, particularité à noter, la malade en se mouchant ne saigne pas.

L'épistaxis persistant toujours elle se décide à aller consulter: on lui dit qu'elle a un polype dans le nez et séance tenante on se mit à le lui cautériser.

Le lendemain, nouvelle cautérisation. Ces cautérisations répétées ne firent qu'augmenter le volume de la tumeur.

La malade vient alors me consulter vers la fin du mois de septembre 1899. A ce moment je constate que la narine droite

⁽¹⁾ Communication au XIII^e Congrès international de médecine, Paris, août 1900.

est complètement obstruée et le nez présente extérieurement une déformation, un gonflement assez marqué. Au simple examen sans spéculum, on voit nettement la tumeur à l'orifice de la narine, elle est assez difficile à limiter, elle est d'une consistance demi-molle, obstrue complètement la narine et n'est pas douloureuse au toucher ni spontanément. Elle ne présente aucune adhérence avec la cloison qu'elle touche cependant. A l'aide d'un stylet, on réussit à l'écarter un peu en dehors, mais au moindre attouchement avec le stylet, on provoque l'hémorrhagie, surtout lorsque l'on presse sur la partie inférieure et externe de cette tumeur.

Je pratique ensuite la rhinoscopie postérieure pour voir si elle se prolonge en arrière dans le rhino-pharynx. Rien à ce niveau, le rhino-pharynx est sain.

La malade tenant à être débarrassée de cette tumeur sur le champ, j'insensibilise aussitôt avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à $\frac{1}{10}$ au moyen d'un peu de ouate appliquée légèrement sur la grosseur afin d'éviter l'hémorrhagie. J'avais fait auparavant un lavage au sublimé à $\frac{1}{2000}$. Avec l'anse galvano-caustique que j'introduis assez difficilement à cause du volume de la tumeur, je réussis à en enlever gros comme un haricot environ. Après la section il se produit une hémorrhagie assez intense qui est arrêtée rapidement cependant grâce à la compression. Je lui fais un pansement à la gaze iodoformée. Elle revient me voir deux jours après. Le pansement reste en place, je l'enlève avec beaucoup de précaution sans que l'hémorrhagie se reproduise.

A la rhinoscopie antérieure la tumeur paraît encore volumineuse mais le spéculum est introduit plus facilement cette fois.

Je procède à un nouveau morcellement, et le morceau enlevé est encore plus gros que le premier, je me sers toujours de l'anse galvano-caustique. L'hémorrhagie est la même que la première fois, facilement enrayée encore cette fois par le tamponnement et grâce à des applications locales d'antipyrine.

Je revois la malade le lendemain et en retirant le pansement qui est un peu adhérent j'enlève un troisième morceau de la tumeur, ce dernier semble moins dur. La narine paraît libre, la malade respire mieux, mais l'épistaxis qui se produit encore empêche de se rendre compte.

Le 12 octobre, cinq ou six jours après la dernière intervention, on aperçoit une portion de la tumeur qui me semble devoir être enlevée comme le reste.

J'insensibilise de nouveau la région avec la même solution de cocaïne au $\frac{1}{10}$ et avec l'anse chaude j'enlève un autre morceau. Cette fois la malade respire tout à fait librement, ce qui me fait croire qu'il ne reste plus rien. Cette portion de la tumeur qui, à l'examen dans la narine avec le stylet, me paraissait dure, l'était réellement, comme j'ai pu m'en rendre compte après l'ablation. L'épistaxis qui suit cette nouvelle intervention est encore assez abondante : mais elle est arrêtée assez facilement comme les autres fois par la compression locale et les applications de poudre d'antipyrine.

Je revois la malade le lendemain, elle a eu soin avant de revenir me trouver de se faire quelques lavages chauds dans la narine de manière à la débarrasser des caillots qui l'obstruaient. Quand je la revois, elle manifeste un contentement extrême, la narine effectivement est complètement débarrassée et libre, la respiration est parfaite.

Par l'examen rhinoscopique je peux alors me rendre compte du point d'implantation de la tumeur. Elle était pour ainsi dire greffée sur la moitié antérieure du cornet inférieur, elle ne faisait guère qu'un avec le cornet, ce qui a été vérifié par la suite. Le reste du cornet inférieur était sain de même que tout le reste de la narine.

La surface où portait la section avec l'anse est alors légèrement cautérisée au galvano et je conseille ensuite à la malade de faire quelques lavages boriqués chauds et d'introduire dans la narine, dans l'intervalle de ces lavages, de la pommade à la vaseline mentholée.

D'après ce que j'ai enlevé dans ces trois interventions je crois pouvoir estimer le volume de la tumeur à celui d'une noix de moyenne grosseur.

La dernière intervention date du 2 novembre. A cette époque, il ne restait plus rien, la narine était entièrement libre et la malade respirait même mieux que du côté opposé.

Je la revois le 24 novembre, je trouve un peu au-dessus de la précédente tumeur quelque chose de gros, paraissant rouge et très vasculaire. Cette grosseur est facile à déprimer avec un stylet, et saigne facilement. Serait ce un commencement de récurrence ? La narine cependant reste perméable au-dessus et au-dessous de cette saillie. Et comme la malade respire bien

malgré cela de ce côté, je lui conseille d'attendre quelques jours avant de recourir à une nouvelle intervention.

Notons comme antécédent héréditaire que la mère de la malade atteinte de tumeur abdominale mourut à l'âge de 55 ans.

Sa grand'mère avait une tumeur du sein qui fut opérée.

Elle a deux sœurs vivantes dont l'une se porte mal et fut prise d'une violente hémorrhagie à la suite d'un accouchement difficile.

Notre malade, peu forte, a toujours présenté un teint terreux.

Avec ces antécédents, avec les symptômes que présentait cette femme, je croyais avoir affaire à une tumeur maligne du nez, l'examen histologique était nécessaire. En voici le résultat : il s'agirait d'une hypertrophie de la muqueuse du cornet ; mais il n'y a pas là un tissu myxomateux net comme dans l'hypertrophie classique simple. Il y avait beaucoup de vaisseaux capillaires entourés de cellules sarcomateuses, de sorte qu'on devait conclure à un sarcome vasculaire ou du moins à un sarcome très vascularisé.

IV

CONTRIBUTION A L'OPÉRATION RADICALE DES SINUSITES COMBINÉES CHRONIQUES

Par le Dr **N. TAPTAS**, directeur de la clinique des oreilles, du nez et du larynx de la mission de Saint-Georges, spécialiste de l'hôpital international d'Enfants de Constantinople ⁽¹⁾.

Le traitement de la sinusite maxillaire et de la sinusite frontale chronique paraît avoir été, en principe, résolu par les procédés proposés en France par le Dr Luc. Ces moyens suffisent, en effet, tant que l'inflammation est circonscrite aux sinus mentionnés, mais il n'en est plus de même si les cellules ethmoïdales et le sinus sphénoïdal sont aussi intéressés par la suppuration. Dans ces cas, la simple ouverture des deux sinus par les procédés de Luc ne peut suffire ; il est indispensable de réséquer largement les cellules malades dont les parois osseuses sont très souvent atteintes, et il faut enfin ouvrir le sinus sphénoïdal.

Ce résultat peut être obtenu par des interventions détaillées en curettant les cellules ethmoïdales par la voie nasale, en ouvrant le sinus maxillaire par le procédé de Luc de même que le sinus frontal et en terminant par l'ouverture endo-nasale du sphénoïdal. Mais cette manière de faire est trop longue et ne pourrait que décourager les malades, aussi faut-il opérer en une fois à fond sous le chloroforme.

On a proposé différents procédés pour arriver au but ; Jansen, de Berlin, en 1893, décrivit un mode d'ouverture du sinus frontal par sa paroi orbitaire ; il réséquait une grande partie de cette paroi ainsi que le rebord orbitaire de l'os frontal et par

⁽¹⁾ Communication au XIII^e Congrès international de médecine, Paris, août 1900.

l'orifice ainsi créé il enlevait l'ethmoïde et gagnait le sphénoïde. Au Congrès international de Moscou (1897), le même auteur préconisa un autre procédé consistant à ouvrir le maxillaire par sa face antérieure, à réséquer la masse ethmoïdale à travers ce sinus et à atteindre par là le sinus sphénoïdal.

Ces procédés semblent très radicaux, puisqu'ils facilitent l'accès des parties malades. Mais ils me semblent causer de profonds délabrements et on me permettra de décrire la méthode que j'ai employée dans deux cas de sinusite compliquée chronique et qui me paraît aboutir au même résultat en causant moins de dommages à l'extérieur.

Après avoir opéré le sinus maxillaire par le procédé de Luc et établi une large communication entre ce sinus et la cavité nasale, je le tamponne et je passe au sinus frontal. Je rase les deux sourcils et je pratique une incision partant de l'extrémité externe du sourcil et se prolongeant vers la racine du nez et de là vers la ligne médiane sur le dos du nez jusqu'au tiers inférieur des os nasaux. Si pendant l'opération je constate que le frontal du côté opposé est lésé, une incision symétrique dans le sourcil opposé viendra rejoindre la première incision à la racine du nez pour servir à l'ouverture de ce côté. Après décollement de la peau et du périoste, je trépane le sinus par sa paroi antérieure et vers la ligne médiane puis je prolonge la brèche osseuse ainsi créée, en bas, en réséquant, à l'aide de la pince coupante, le bord inférieur de l'orifice, enlevant ainsi une partie de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, de manière à former une fente perpendiculaire de 1 centimètre de large, remontant assez haut pour permettre le curettage soigneux du sinus de ce côté et descendant jusqu'au milieu de l'os nasal. Pendant ces manœuvres opératoires on fera attention de ne pas léser le sac lacrymal.

De cette manière, la partie inférieure de la brèche osseuse se trouve au même niveau horizontal que le corps ethmoïdal et le sinus sphénoïdal. Alors j'introduis une curette ou un conchotome fin pour détruire toutes les cellules ethmoïdales et le cornet moyen et gagner le sphénoïdal, que l'on ouvre à l'aide de la curette, puis l'orifice est élargi avec le conchotome. Ainsi

on nettoie toutes les cellules malades et on peut alors curetter le plancher de la fosse cérébrale à partir du sinus frontal jusqu'au sinus sphénoïdal et se rendre compte par son aspect, de même que par sa consistance autrement solide que les fines travées osseuses des cellules ethmoïdales qui sont facilement entamées par la curette, que tout le tissu malade a été enlevé. De plus, le prolongement inférieur de la brèche osseuse a pour résultat, en supprimant le bord inférieur de l'os frontal, d'élargir la communication du sinus frontal avec le nez, de façon que sans drainage consécutif cette cavité demeure largement béante du côté du nez et accessible à tous les moyens de traitement par la voie nasale. De même, le sinus sphénoïdal, largement ouvert, devient, grâce à la résection de la masse ethmoïdale, directement accessible à la rhinoscopie antérieure.

Le curettage de la cavité frontale est, bien entendu, fait soigneusement par la partie supérieure de ma brèche osseuse. Pour les sinus étendus dont le curettage nécessiterait la résection d'une grande partie de la paroi antérieure, je préfère ménager une seconde ouverture vers la partie externe, par laquelle je fais le curettage de cette partie de la cavité. De cette manière, il subsiste entre les deux orifices un pont osseux qui empêche l'enfoncement de la peau frontale et évite les défigurations post-opératoires. Une fois le curettage terminé je suture les deux lèvres de l'incision puis, passant au sinus maxillaire, je suture aussi la plaie gingivale.

OBSERVATION I. — D^{lle} X..., âgée de 21 ans, se présente au mois de juillet 1899, se plaignant de moucher depuis dix ans du pus fétide en grande quantité et d'une céphalée intense. Son affection remonterait à une chute faite sur la tête, en tombant d'une fenêtre peu élevée sur le pavé de la rue. Il y a huit mois un spécialiste de Constantinople trépana le sinus maxillaire par le rebord alvéolaire après avoir arraché une dent et continua le tamponnement du sinus quatre fois par semaine. Mais celui-ci demeura plein de pus.

A l'examen du nez le méat moyen est envahi par le pus, le cornet moyen est gros et couvert de polypes. Le cavum est plein de pus vert fétide et adhérent à la paroi postérieure du pharynx. Le sinus frontal est sensible à la pression.

Après examen je diagnostique une sinusite combinée droite et je propose l'opération qui est pratiquée fin juillet selon le plan décrit ci-dessus. Les sinus étaient pleins de fongosités et de pus.

Suites opératoires bonnes, plaies réunies par première intention. Enfoncement minime du front.

Vingt jours après l'opération la cavité nasale est très large, les cellules ethmoïdales manquent complètement. En arrière, on voit le sinus sphénoïdal largement ouvert. Le sinus maxillaire est aussi très largement ouvert et on y pénètre facilement avec un stylet garni d'ouate. De même l'entrée du sinus frontal est très large. Cependant la suppuration frontale et sphénoïdale persista ainsi que les douleurs de tête mais avec moins d'intensité. L'écoulement du nez a diminué. En octobre 1899, j'ouvre une seconde fois le sinus frontal rempli de fongosités. Je curette jusqu'au sphénoïdal mais je ne trouve rien à réséquer. La peau est de nouveau réunie par première intention.

Après les deux interventions le sinus maxillaire est propre ; le sinus sphénoïdal a suppuré encore pendant un certain temps mais il est actuellement sec et présente à la rhinoscopie antérieure un orifice de la dimension d'une grosse lentille. Une légère suppuration persiste au niveau du frontal de même que quelques maux de tête passagers. Le sinus frontal étant en communication avec le nez, je fais tous les deux ou trois jours des lavages avec une grosse sonde d'Itard, qui livrent passage à quelques gouttes de pus mais la malade ne mouche presque rien.

Je pense que cette suppuration doit être attribuée à une nécrose de la lame criblée, qui finira par s'éliminer et tout rentrera dans l'ordre. Dans le cas contraire, je tâcherai d'ouvrir le frontal seul cette fois-ci pour le nettoyer de nouveau. En tout cas, la persistance de la suppuration frontale ne saurait être attribuée à la méthode. Il s'agit tout simplement d'un de ces cas malheureux de lésions osseuses où le curettage ne peut suffire et qui, par tous les procédés, ne peuvent guérir qu'au bout d'un laps de temps fort long et après plusieurs interventions. Ici encore, la méthode employée a l'avantage d'éviter de défigurer le malade et de faciliter le traitement consécutif, qui se fait par le nez, la plaie externe étant rapidement close. De plus, les larges communications établies peuvent, à la rigueur, dispenser des interventions secondaires et la guérison peut être obtenue par des irrigations continues.

OBSERVATION II. — Dernièrement, j'ai opéré par le même procédé une jeune fille de 24 ans qui souffrait d'obstruction nasale avec pyorrhée abondante et diminution de l'audition avec bourdonnements. Il s'agissait tout simplement d'un empyème chronique avec suppuration fétide de tous les sinus de la face.

J'ai ouvert les sinus maxillaire droit, maxillaire gauche et le système fronto-ethmoïdo-sphénoïdal gauche en une séance ; les sinus frontal et sphénoïdal droits et les cellules ethmoïdales droites avaient été préalablement ouverts par le nez, par suite d'une disposition particulière qui avait transformé cette cavité en un seul kyste à parois osseuses, épaisses et enflammées, de manière qu'en réséquant par la voie endo-nasale le cornet moyen droit, qui remplissait tout le nez, descendant jusqu'au plancher, j'étais tombé dans une cavité par laquelle le stylet pénétrait librement d'une part, au sinus frontal la malade accusant alors des douleurs oculaires droites et, d'autre part, au sinus sphénoïdal, à une profondeur de plus de 8 centimètres malgré que la malade eut un petit nez aplati.

A l'opération, tous les sinus et particulièrement le frontal gauche furent trouvés pleins de pus et de fongosités. Par la brèche suffisamment allongée du frontal je curetai la masse ethmoïdale et le sinus sphénoïdal.

Au bout de vingt jours le côté gauche du nez était normal, le frontal droit qui n'avait pas été cureté mais seulement ouvert par le nez continuait à sécréter un peu de pus qui se concrétait en croûtes épaisses. Le maxillaire droit est net. La céphalée et les bourdonnements ont disparu. L'audition est rétablie. L'écoulement nasal est minime.

Tel est le procédé que j'emploie dans ces cas graves de sinusite fronto-ethmo-sphénoïdale où la suppuration se propage à toutes ces cavités qui communiquent plus ou moins les uns avec les autres, de manière à former une infection diffuse au lieu de foyers distincts. Je ne nierai pas qu'on peut souvent, en ouvrant isolément ces cavités, faciliter l'écoulement du pus et obtenir ainsi la guérison ; mais si on aseptise dès le début, ce qui est facile en prolongeant la brèche osseuse plus ou moins bas vers l'apophyse montante du maxillaire, selon que l'on veut curetter seulement les cellules ethmoïdales ou le sinus sphénoïdal, on arrive plus sûrement au résultat désiré.

DEUX OBSERVATIONS D'EMPYÈME DU SINUS SPHÉ- NOIDAL GAUCHE

Par **SOUZA-VALLADARES**, médecin des Hopitaux de Lisbonne.

Pas plus que les autres cavités pneumatiques du nez, le sinus sphénoïdal n'est à l'abri des agents pyogènes qui de toutes parts lui donnent l'assaut et de même que ses congénères il succombe assez souvent dans la lutte. Ici encore, à l'instar de ce qui arrive pour les autres sinus, les signes subjectifs sont quelquefois très peu marqués et c'est souvent par hasard qu'on les découvre, quand ce n'est pas sous le couvert d'une symptomatologie disparate.

J'ai eu l'occasion d'observer, coup sur coup, deux empyèmes sphénoïdaux qui étaient remarquables par l'absence presque complète de ce qu'on lit, d'habitude, dans les auteurs de la spécialité.

C'est le résumé de ces deux observations qu'on lira ci-après.

*
* *

Un homme d'une quarantaine d'années, fort, robuste, bien bâti, vient me consulter pour une mauvaise odeur du nez, odeur que son entourage et lui percevaient très bien et que le malade comparait à de la corne brûlée; odeur nauséuse, infecte, quelquefois insupportable. En outre il se plaignait encore d'un écoulement de la narine gauche, qui datait de son enfance, ainsi que la fétidité du nez.

L'écoulement était intermittent, se tarissant parfois et devenait plus abondant aux changements de temps et aux approches des saisons.

C'était tout. Ni le moindre mal de tête, ni le plus petit trouble oculaire ou autre. Rien que la mauvaise odeur, rien que son écoulement auquel d'ailleurs il attachait peu d'importance.

Voilà donc une collection purulente au centre de la tête, séjournant dans une cavité en rapport avec des organes d'une importance majeure, qui ne donne lieu à aucun trouble sérieux, qui est compatible avec une santé florissante et qui n'empêchait pas le moins du monde son porteur de vaquer très régulièrement à ses affaires. C'est là un titre de plus à décerner à la tolérance du nez.

Comme signes objectifs il n'y avait que la présence du pus dans la fente olfactive, entre la cloison et le cornet moyen, qui était gros, épais et sa muqueuse boursofflée.

L'intervention était tout indiquée et du reste d'une exécution assez facile. J'insinue un petit tampon d'ouate, cocaïnisé, dans la fente olfactive et avec le stylet boutonné je cherche l'ostium pour pénétrer dans le sinus. Je n'ai pas de mal à m'y engager car la moindre pression faisait éclater la paroi antérieure comme on ferait d'une coquille d'œuf.

Le sinus, très profond et assez vaste, était rempli de pus et de granulations qui saignaient au moindre contact. Je les enlève par quelques coups de curette sur toutes les parois, et je fais suivre le curettage d'un abondant lavage du sinus avec de l'eau bouillie assez chaude.

Le malade a fort bien supporté l'opération, à laquelle a assisté mon collègue des hôpitaux, le Dr Lobo-Alvès, et il se trouve, à l'heure qu'il est, tout à fait guéri. Point n'a été besoin de réséquer le cornet moyen, l'espace compris entre la cloison et le cornet étant assez large pour y introduire la petite curette de Grünwald.

Je n'ai pas employé non plus la pince coupante, car la curette en trois ou quatre coups a fait justice des parois antérieure et inférieure.

Après le lavage j'ai séché la cavité et j'ai insufflé du xéroforme, de l'emploi duquel dans le nez je n'ai qu'à me louer.

..

L'autre observation ressemble à celle-ci à s'y méprendre, à cela près que c'est sous le masque d'une pharyngite sèche que j'ai découvert l'empyème.

Un homme d'une trentaine d'années, bonne santé habituelle, vient me trouver et me tint ce langage. « Tous les matins, dit-il, j'ai quelque chose dans le haut de la gorge qui me serre, m'étouffe et m'étrangle. Ce n'est qu'au prix des plus grands efforts que j'arrive à détacher quelques croûtes et après je me sens tout à fait bien, à part un petit écoulement de la narine gauche, qui fait tache dans le mouchoir.

« De temps à autre il paraît que je sens mauvais du nez, ce dont je ne m'aperçois pas, ayant perdu l'odorat depuis longtemps, à la suite de l'influenza ». C'est tout. Comme son camarade d'infortune, il vaque bien à ses affaires, sa santé est bonne et ne fût-ce son *mal le matin* il ne viendrait pas me trouver. Les mêmes signes objectifs, avec ceci de particulier qu'à la rhinoscopie postérieure on voyait une couche de pus étalée sur le haut de la cloison et sur les cornets supérieurs et par-ci par-là quelques croûtes *très adhérentes* à la voûte du cavum.

Même traitement, avec résection du cornet en plus, et guérison obtenue assez vite.

..

Il ne me reste qu'à ajouter deux mots sur l'étiologie.

Pour le second malade le doute n'est guère possible. Il y a deux ans il a pris la grippe et depuis lors son nez a commencé à couler et cette date marque aussi le début de son « mal de gorge ». — Quant au premier il m'a donné bien du mal et je crains bien que mes peines ne soient récompensées.

En bas âge le malade a eu la rougeole, ensuite la scarlatine et enfin la grippe.

C'est à partir de ces époques, d'après mon enquête auprès de ses parents, que son nez se serait mis à couler et que la fé-tidité aurait apparu.

Quoi qu'il en soit, il n'est pas impossible que la grippe ait produit, directement ou indirectement, l'empyème, et nous savons tous très bien qu'elle est capable de méfaits bien plus grands.

SOCIÉTÉS SAVANTES

XIII^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Paris, 2-9 août 1900.

SECTION DE RHINO-LARYNGOLOGIE

1^{re} SÉANCE. — Vendredi, 3 août, 9 heures.

Président : M. le D^r GUGUENHEIM

M. GUGUENHEIM. — **Allocution du président de la section.** — Messieurs, au nom du Président général du Congrès, je suis heureux de souhaiter la bienvenue aux nombreux confrères français et étrangers qui nous font l'honneur d'assister à cette réunion, et je déclare ouverte la section de rhino-laryngologie.

On nomme par acclamation le président de la section, et la liste des présidents d'honneur est également confirmée.

Président d'honneur : Prof. O. CHIARI (de Vienne)

1. B. FRENKEL (de Berlin). **Le diagnostic anatomo-pathologique du cancer du larynx** (Résumé du rapport). — L'examen microscopique des parcelles enlevées à la tumeur du larynx est d'une importance fondamentale pour le diagnostic du cancer. Si le résultat de l'examen est négatif, on n'en peut tirer des conclusions certaines. Des préparations positives, au contraire, nous mènent à un diagnostic exact et indiquent la conduite à tenir. La difficulté est qu'on ne dispose ordinairement que de petits fragments de la tumeur pour l'examen microscopique. On inclut les morceaux durcis dans de la paraffine et l'on fait des séries de coupes microscopiques qu'on colore mieux, ou d'après la méthode de van Gieson, ou par le picrocarmin.

Il ne suffit pas pour le diagnostic de trouver nombre de globes épidermiques dans les préparations, — chose très suspecte il est vrai, — il faut y voir des bourgeons épithéliaux dans les endroits où l'on ne devrait pas en rencontrer. S'il s'agit de bourgeons épithéliaux qui proviennent de la pénétration de la couche de sur-

face dans l'intérieur des tissus plus profonds, il faut user de la plus grande circonspection pour nos conclusions diagnostiques; nombre de processus pathologiques, entre autres la syphilis, causent une hypergenèse épithéliale analogue.

La structure irrégulière de l'épithélium est le symptôme caractéristique pour le cancer, que nous voyons dans les coupes des bourgeons épithéliaux atypiques.

2. MORITZ SCHMIDT (de Francfort. — **Diagnostic du cancer laryngien** (Résumé du rapport). — Les symptômes du cancer laryngien : gravité, douleur, sténose, odeur, etc., ne sont pas en eux-mêmes des plus caractéristiques et se retrouvent dans beaucoup d'autres maladies du larynx.

On peut constater, avec le miroir, que le cancer laryngien prend son origine dans différentes parties du larynx.

Il se distingue, dans la grande majorité des cas, des autres tumeurs de cet organe en ce qu'il conserve le caractère primordial de tumeur pendant presque toute la durée de la maladie. Il y a des exceptions à cette règle pour les cas qui naissent dans la profondeur des tissus, dans le voisinage du périchondre. On y observe assez souvent une prolifération de papillomes vrais, des condylomes aigus sur la surface de la muqueuse. L'origine de cette forme de cancer laryngien est aussi la cause d'une prédisposition spéciale de ces cas à la périchondrite pendant leur évolution, de sorte que l'image de la maladie est très souvent masquée par ce symptôme surajouté.

Le cancer du ventricule de Morgagni ressemble beaucoup à la périchondrite interne du cartilage thyroïde.

Dans deux cas, le cancer prenait son origine ou s'étendait plus tard sur la partie inférieure en arrière du cartilage cricoïde et ne trahissait sa présence que par une paralysie du récurrent; celle-ci était bilatérale dans le cas publié par B. Frænkel, tandis que l'autre, que j'ai observée moi-même, se bornait au côté gauche.

Le diagnostic est quelquefois très difficile, même pour un médecin très expérimenté. Il peut y avoir des confusions avec la tuberculose, la syphilis, le sarcome, etc. Deux cas personnels de confusion avec la tuberculose sont décrits.

Puisque le diagnostic du cancer laryngien est quelquefois incertain, surtout pour les médecins qui n'ont qu'une expérience restreinte, il faut avoir recours aux autres moyens, qui nous aident dans le diagnostic : l'anamnèse, la recherche des traces de ma-

ladies actuelles ou passées, la cure antisypilitique et enfin l'excision d'un petit morceau pour un examen microscopique.

Conclusions.

1° Le cancer du larynx présente presque toujours, au commencement et durant le cours de son évolution, le caractère d'une tumeur de différentes formes ;

2° Le cancer qui naît dans les profondeurs des tissus du larynx donne quelquefois origine à une prolifération de papillomes vrais sur la surface de la muqueuse. Cette forme, pendant toute la durée de la maladie, ressemble beaucoup à la périchondrite ;

3° Les cas de cancer du ventricule de Morgagni présentent au laryngoscope très souvent une image ressemblant fort à celle de la périchondrite interne ;

4° Dans des cas très rares, le cancer débute en arrière et presque au-dessous du cartilage cricoïde et ne se trahit au commencement que par une paralysie du récurrent ;

5° Pour exclure la syphilis, il suffit, en général, de donner pendant une quinzaine 3 grammes d'iodure de potassium ;

6° On peut parvenir à un diagnostic certain en enlevant un fragment de la tumeur pour un examen microscopique. Pour cette petite opération, les curettes doubles tranchantes de haut en bas sont préférables ;

7° Seul le résultat positif de l'examen microscopique est décisif.

Discussion.

Sir FELIX SEMON (de Londres) insiste beaucoup sur le diagnostic *clinique* précoce du cancer intrinsèque du larynx, et énumère une série de symptômes cliniques (diminution de la motilité des cordes vocales, congestion limitée au voisinage de la tumeur, coloration blanc neigeux et forme acuminée exceptionnelle de soi-disant papillomes), qui lui ont été d'une très grande utilité.

MERMOD (d'Yverdon) cite deux cas instructifs de tumeurs malignes du larynx avec diagnostic longtemps hésitant.

KRAUS (de Paris) attache une importance limitée au résultat de l'examen microscopique.

RUULT (de Paris).— L'examen histologique ne donne de résultats certains que dans les cas de tumeurs laryngiennes de diagnostic clinique plutôt facile. Parmi les signes cliniques du début, le plus

important est peut-être l'immobilité de la corde vocale malade. R. attire, en passant, l'attention sur certains cas de très longue durée.

HELLAT (de Saint-Petersbourg) est d'accord avec Semon sur l'importance et la précocité du symptôme de l'immobilité de la corde vocale, il objecte à M. Schmidt que même les carcinomes situés sur le milieu de la corde vocale occasionnent de très bonne heure des troubles de motilité. Il appuie sur la difficulté quelquefois très grande d'extirper un fragment de tumeur pour l'examen.

GAREL (de Lyon) admet la grande difficulté du diagnostic, objecte à M. Schmidt que la dose de 3 grammes d'iode est insuffisante pour trancher le diagnostic au point de vue syphilitique ; la dose de 4 grammes est un minimum indispensable.

BAR (de Nice) cite le cas d'une tuberculeuse pulmonaire, affectée d'une tumeur cancéreuse du larynx.

B. FRANKEL a rarement observé la diminution de la motilité dans les cas de petits carcinomes situés sur les cordes vocales. Il l'a, par contre, observée dans la pachydermie typique. Il a, en outre, vu un carcinome développé dans un épaississement pachydermique. Il existe aussi une zone inflammatoire dans les tumeurs non cancéreuses, bénignes, de même la couleur blanche de la surface dans le papillome. Il faut quelquefois opérer sans preuve microscopique, car on ne peut pas toujours extirper un fragment de tumeur pour l'examen, ce qui, toutefois, reste la base la plus certaine de notre thérapeutique.

3. P. HELLAT (de Saint-Petersbourg). — **Salivation psychique.** — Sous le nom de salivation psychique, l'auteur décrit une anomalie non signalée jusqu'à présent. Deux observations rapportées en détail, démontrent que le fond de cette anomalie est constituée par le crachement continu et sans motif. Les malades s'imaginent d'abord qu'il leur est nécessaire de cracher, mais peu à peu la salive leur répugne si fortement qu'ils ne peuvent l'avaler. L'organisme s'efforce toujours de remplacer la quantité nécessaire de salive, tandis que les malades se donnent beaucoup de peine pour l'éliminer par le crachement. Cette dépense contraire à la nature et excessive de sécrétion, indispensable à l'organisme, et peut-être aussi le surmenage des glandes salivaires produisent une sécheresse des muqueuses de la bouche, une irritation du pharynx et du rhino-pharynx, des catarrhes chroniques du larynx et de l'oreille moyenne. A part cela, on constate toute une série de phénomènes généraux du côté des organes digestifs et du sys-

tème nerveux. Les malades sont constipés et enclins à une neurasthénie grave (probablement de nature spécifique), touchant parfois à l'égarement mental. L'auteur croit qu'il s'agit ici principalement de la perte de certains éléments de la salive qui nous sont inconnus jusqu'à présent, mais qui sont nécessaires à l'organisme. La durée de la salivation psychique ou aptalyie est illimitée.

Quant à la thérapeutique, il faut défendre de cracher. Du moment que la salive suit son chemin naturel, la guérison s'ensuit facilement.

4. ESCAT (de Toulouse). — **Manœuvres externes appliquées aux tubages difficiles.** — Deux engagements à faux peuvent se produire au cours de l'intubation chez l'enfant :

1° L'engagement du tube dans l'intervalle intercrico-thyroïdien, l'axe du tube faisant, avec l'axe du conduit laryngien, un angle ouvert en arrière ;

2° L'engagement du tube dans le ventricule droit ou dans le ventricule gauche du larynx, résultant de la déviation hors du plan sagittal, soit du tube, soit du conduit laryngo-trachéal lui-même.

Pour lutter contre ces deux fausses routes, j'ai eu recours, en plusieurs circonstances, à des manœuvres externes cervicales ayant pour but de modifier la position du larynx et de ramener l'axe dévié du conduit laryngo-trachéal sur le prolongement de l'axe du tube.

Première manœuvre. — L'extrémité inférieure du tube étant bien engagée dans le vestibule du larynx et ne pouvant aller plus loin malgré tous les changements de direction imprimés à l'apporteur, la main gauche abandonne son rôle de conducteur pharyngien et vient se porter sur la région pharyngée ; le pouce appliqué sur l'espace intercrico-thyroïdien, immédiatement au-dessus de la saillie cricoïdienne, exerce alors une pression légère, pendant que la main droite abaisse fortement le manche de l'apporteur. Cette manœuvre a pour but de réduire le plus possible l'angle ouvert en arrière formé par l'intersection de l'axe du tube et de l'axe laryngo-trachéal ; elle s'applique donc à la fausse route intercrico-thyroïdienne. Si la manœuvre réussit, le tube s'engage sous le seul poids de l'apporteur et l'index gauche n'a plus qu'à rentrer dans le pharynx pour contrôler sa position.

Deuxième manœuvre. — Si la manœuvre précédente n'a pas réussi, j'ai recours à la suivante.

Le tube étant toujours engagé dans le vestibule laryngien et l'applicateur bien maintenu dans le plan sagittal par la main droite, la main gauche saisit le larynx entre le pouce et l'index et lui imprime des mouvements de latéralité qui ont pour but de modifier l'orientation de l'axe laryngo-trachéal et de mettre cet axe sur le prolongement de celui du tube.

Cette manœuvre est dirigée contre la fausse route ventriculaire droite ou gauche.

Sur 4 cas de tubage difficile, la première manœuvre m'a réussi seule une fois.

La deuxième, après insuccès de la première, m'a réussi deux fois.

Dans un quatrième cas, les deux ont échoué.

Mon expérience n'est pas grande, mais on ne s'en étonnera pas si on réfléchit à la rareté des tubages vraiment difficiles.

Ces deux manœuvres sont d'une exécution relativement facile; de plus, elles me paraissent absolument inoffensives; je crois donc qu'il y a lieu de les tenter en présence de tout tubage difficile.

5. EMERIC DE NAVRATIL (Prof. ordinaire à l'Université de Budapest). — **Traitement opératoire du sclérome.** — Après avoir fait connaître brièvement l'étendue géographique singulière du sclérome, l'auteur s'occupe du traitement de cette maladie. Il en a vu beaucoup de cas, mais il ne rapporte que sept observations.

Le premier cas, remontant à 1883, est le premier dont on ait fait le diagnostic précis en Hongrie, à l'aide de l'observation clinique et de l'examen histologique. On avait essayé toutes les médications en usage : badigeonnages, injections, cautérisations, dilatations, etc.

Mais basé sur son expérience et sur la ressemblance du sclérome avec les tumeurs malignes, l'auteur a acquis la conviction que le seul traitement efficace est l'ablation totale.

Il enlève tous les tissus malades par des coupes pratiquées dans les parties saines. Dans les cas de nécessité, il fait aussi des opérations plastiques, pour rétablir la charpente osseuse du nez, il prend la lame de l'os frontal. Pour les opérations de scléromes du larynx, après trachéotomie inférieure préalable, il fait la laryngofissure (baptisée par lui en 1867) pour exciser le sclérome.

Dans les cas où il faut enlever d'importants fragments de muqueuse, pour la substitution de cette dernière, il recommande la transplantation de Thiersch qu'il a appliquée avec succès dans

plusieurs cas de papillomes du larynx. Si les glandes voisines sont affectées — comme M. Rona et l'auteur l'ont observé — il faut les enlever aussi. Par ce procédé radical, il a toujours obtenu d'excellents résultats et n'a pas vu de récives, malgré que le cas le plus ancien date de 1895.

Les photographies des malades avant et après l'opération sont présentées au Congrès.

2^e SÉANCE. — *Vendredi, 3 août, 2 heures.*

Président d'honneur : M. ROQUER Y CASADESUS (de Barcelone).

6. RICARDO BOTEY (de Barcelone). — **Pathogénie et traitement de la paresthésie laryngée.** — (Le mémoire *in-extenso* a paru dans le n^o d'août).

NATIER insiste beaucoup sur l'importance du traitement général.

7. LOUIS VACHER (d'Orléans). — **Traitement de la tuberculose laryngée par les injections intra-trachéales.** — La tuberculose laryngée réclame un traitement différent, suivant la période plus ou moins avancée des lésions locales et l'état des poumons. Parvenue à la période ulcératrice, elle nécessite impérieusement l'ablation des parties végétantes, le curetage, les cautérisations et l'application de topiques calmants qui, seuls, diminuent la douleur, font cesser la toux rebelle et quinteuse, qui provoquent dyspnée, dysphagie, vomissement.

Ce traitement long, difficile, nécessite certaine habileté opératoire et persévérance de la part du malade. On observe trois sortes de lésions principales : infiltrations, végétations, ulcérations. Ces dernières se retrouvent un peu partout recouvertes de végétations plus ou moins épaisses. Si elles siègent dans le vestibule laryngien, les replis épiglottiques, sur les cordes vocales ou dans la partie supérieure de la trachée, elles causent de violentes douleurs, une toux rebelle, un spasme laryngien, qui se termine par des vomissements qui empêchent le malade de s'alimenter. C'est contre elles qu'il faut lutter principalement. Il faut cureter, cautériser, badigeonner avec des caustiques et des topiques variables. Mais une partie échappe toujours au contact du médicament.

Après avoir essayé un grand nombre de formules, j'ai eu recours à l'éther comme véhicule. Après pulvérisation de cocaïne, j'essaie d'abord les badigeonnages intra-laryngiens avec l'éther iodoformé à saturation, auquel j'incorpore ensuite gaïacol, eucalyptol, menthol, etc. Je fais ensuite des injections intra-trachéales qui sont, généralement, bien supportées. Le malade ressent instantanément une grande chaleur dans tout le thorax, presque pas de spasme glottique, deux ou trois fortes inspirations et le calme est rétabli. L'haleine conserve plusieurs heures l'odeur du médicament, les douleurs sont moindres, l'alimentation plus facile, la respiration plus ample. Voici une formule actuelle : Ether iodoformé à saturation 100, gaïacol 5, eucalyptol 2, menthol 1 ; j'injecte progressivement jusqu'à 2 centimètres cubes. L'amélioration résulte de la grande quantité de principes actifs portés par l'éther dans la trachée et tout l'arbre respiratoire, heureusement modifié par le contact direct du médicament. Un plus grand nombre d'observations et les résultats éloignés diront s'il n'y a pas là un traitement efficace contre la tuberculose, et c'est pour cela que j'ai appelé l'attention sur les avantages de l'éther comme véhicule du médicament à porter directement dans la trachée.

8. PIENIAZEK. — **Remarques sur le traitement des rétrécissements de la trachée** — Ces productions sont dues, le plus souvent, au sclérome, très rarement à la syphilis ; elles sont quelquefois congénitales. On voit alors une membrane obstruant la lumière de la trachée et ne laissant qu'une petite ouverture pour la respiration. Dans tous les cas que j'ai vus, l'ouverture était divisée en deux par un pont membraneux. Dans ces cas, je fais la trachéotomie au-dessus du rétrécissement. Puis, attirant le malade au bout de la table d'opération, de façon à ce que la tête soit pendante, je l'examine avec le spéculum trachéal, je déchire la membrane obturatrice, je la curette. J'introduis une canule que je laisse trois jours en place.

9. M. BOULAY (de Paris) et J. BOULAY (de Rennes). — **Rétrécissement laryngé traité par l'électrolyse chez un malade porteur d'une canule trachéale depuis seize ans. Décanulement.** — Un jeune homme de 19 ans, trachéotomisé à l'âge de 3 ans pour une affection qui présentait tous les caractères du croup prolongé, n'avait jamais pu, depuis lors, être décanulé.

Il présentait un rétrécissement glottique et sus-glottique, ne laissant qu'un étroit passage à l'air et que, ni les tentatives de

dilatation brusque, ni les efforts de dilatation lente, ni les cautérisations au galvano ou les essais d'excision avec des pinces emporte-pièce n'avaient réussi à modifier.

Seules, des séances répétées d'électrolyse intra-laryngée créèrent en quelques mois un passage assez large pour que la canule put être enlevée sans aucun incident et même au grand bénéfice du malade dont l'état général s'est considérablement amélioré.

L'électrolyse paraît donc être un moyen précieux à ajouter à la liste des méthodes de traitement des rétrécissements laryngés.

Les indications et les contre-indications de son emploi devront être précisées ultérieurement.

40. Samuel BERNHEIM (de Paris). — **Tuberculose primitive du larynx.** — L'auteur rapporte un grand nombre d'observations d'où il conclut que :

1° Le larynx est assez fréquemment, plus fréquemment qu'on ne le pense, le siège d'une tuberculose primitive. Cette localisation est démontrée par les 29 cas personnels que nous avons observés et où aucun autre organe que le larynx n'était atteint primitivement. Des observations semblables ont été rapportées en très grand nombre par Gouguenheim, Moure, Hélar, Dardano, Heinze, etc.;

2° La laryngite tuberculeuse primitive se reconnaît à des caractères particuliers qui la distinguent nettement des laryngites d'une autre nature et avec lesquelles on ne peut la confondre. Tout au début de l'affection, on peut voir, au niveau des aryténoïdes, des petites granulations miliaires d'un aspect pathognomonique. Plus tard, quand ces granulations se rompent, elles se réunissent pour former des ulcérations irrégulières souvent profondes ou taillées à pic et envahissant presque tout l'organe. La marche lente, les phénomènes de dénutrition distinguent également cette variété de laryngite bacillaire de celle qui est franchement inflammatoire;

3° Cette variété de tuberculose miliaire et infiltrante peut se transformer en variétés scléro-végétante ou papillomateuse, en type pseudo-polypeux. Toutes ces formes cliniques peuvent avoir été reconnues par l'examen bactériologique et par l'expérimentation animale. Un moyen rapide et inoffensif de diagnostic est l'injection de la tuberculine, produisant une réaction locale pathognomonique;

4° Le lupus primitif du larynx est une variété à marche lente de laryngite tuberculeuse;

5° Il est de la plus haute importance d'établir de bonne heure le diagnostic, si l'on veut éviter la généralisation tuberculeuse;

6° La laryngite tuberculeuse est susceptible de guérir et guérit même souvent. En dehors d'une antiseptie locale modérée, la thérapeutique de choix est le traitement hygiéno-diététique.

11. EUSTASIO URUÑUELA (de Madrid). — **Indications et technique de la thyrotomie.** — La thyrotomie ou laryngofissure a une grande valeur :

1° Pour l'extraction de corps étrangers du larynx qui n'ont pu être enlevés par les voies naturelles;

2° Pour l'extirpation radicale des grandes tumeurs laryngées bénignes, dans lesquelles l'intervention intra-laryngée a échoué;

3° Pour éviter les conséquences fâcheuses des grands traumatismes laryngés.

Enfin, l'application principale de cette opération est dans le traitement de certaines tumeurs laryngées malignes, et pour la résection du larynx.

Donc, nous considérons la thyrotomie comme une opération exploratrice nécessaire pour résoudre certains problèmes de la chirurgie intra-laryngée.

Technique.

Incision dans la ligne médiane à partir de l'os hyoïde jusqu'à la fosse sus-sternale, anesthésie avec le phénol cocaïnisé, après dissection par couches successives de toute la région laryngo-trachéale, ouverture de la trachée, canule, bouchon, le malade se reposera jusqu'à ce que la respiration et la circulation deviennent normales. Chloroformisation du malade par la canule. Section transversale de la membrane crico-thyroïdienne et avec de forts ciseaux coudés introduits de bas en haut et en arrière de la ligne médiane des thyroïdes mous, sections en un ou deux coups, comprenant la muqueuse laryngée. Hémostase de la petite hémorragie produite par cette ouverture. Cocaïnisation de l'intérieur du larynx. Après nous ouvrons progressivement et grandement le larynx, en écartant les deux lames du cartilage thyroïde.

Par prudence, on introduit un tampon de gaze antiseptique dans l'ouverture supérieure de la trachée et, dans le pharynx, un tampon d'éponge pour empêcher que la salive ne tombe dans le champ opératoire.

Réunion des tissus au moyen de sutures métalliques ou de crins de Florence pour maintenir l'union des thyroïdes et pour les parties molles sutures avec de la soie au catgut. Pansement. Alimentation lactée au moyen de la sonde.

Les indications de la thyrotomie dans les sténoses laryngées, périchondrite, tuberculose, lupus et sclérome du larynx sont rares.

3^e SÉANCE. — Samedi, 4 août, 9 heures.

Président d'honneur : Prof. FRENKEL (de Berlin).

12. M. HAJEK. L'ethmoïdite purulente (Résumé du rapport).

Anatomie pathologique.

Le nom d'ethmoïdite purulente désigne les maladies de la muqueuse et de la charpente de l'os ethmoïdal s'accompagnant d'un écoulement purulent, en exceptant les affections tuberculeuses, syphilitiques et traumatiques, ainsi que les processus dus aux néoplasmes malins.

I. — Maladies de la muqueuse (Revêtement muco-périostal).

1. *Formes intenses de l'inflammation catarrhale.* — Tantôt la surface nasale libre est seule atteinte, tantôt les orifices et les cellules du labyrinthe sont également intéressés (empyème). Cette dernière forme a une tendance à la chronicité.

2. *Formes chroniques de l'inflammation catarrhale.* — Tuméfactions hypertrophiques du revêtement muco-périostal à l'extérieur ou à l'intérieur des cellules, ou simultanément. Formation de polypes sur la paroi nasale de l'ethmoïde (myxomatose extra et intra-cellulaire de Bosworth).

3. *Formes invétérées de l'inflammation chronique.* — Production considérable de polypes sur la partie nasale du revêtement de l'ethmoïde. Formation d'érosions dans la muqueuse des cellules. Il se produit également au même endroit des épaissements en forme de coussins, ainsi que des bourrelets de granulations.

II. — Maladies de la charpente osseuse.

1. *Altérations légères.* — Irritation du périoste et plus tard ostéite condensante ou raréfiante (Hajek, Zuckerkandl).

2. *Altérations profondes.* — Nécroses osseuses dans les empyèmes aigus et chroniques par pression ou par thrombophlébite et périostite du côté opposé, comme cela a lieu pour le sinus frontal. Ensuite, nécroses de l'ethmoïde par suite de l'extension d'une ostéite ou périostite voisine, venant du maxillaire ou de l'orbite.

(Démonstration des altérations microscopiques).

13. F. H. BOSWORTH (de New-York). — **Le traitement de l'ethmoïdite purulente** (Résumé du rapport). — Dans l'ethmoïdite purulente, le symptôme principal est la rétention du pus. Chaque cellule intéressée constitue un petit abcès. Il n'y a que très peu de tendance à la guérison spontanée. L'indication capitale seule pratique est d'ouvrir chaque cellule et de supprimer l'accumulation du pus emprisonné. A ce point de vue, la chose la plus importante est de choisir la meilleure méthode pour arriver au but. Nous pouvons nous servir de la gouge, de la pince coupante, du serre-nœud, de la curette, du ciseau, de fraises, etc. D'après ma propre expérience, le meilleur moyen consiste à attaquer d'abord les cellules ethmoïdales avec le serre-nœud et rompre ensuite les cloisons intercellulaires à l'aide de la fraise.

MOURET (de Montpellier). — M. montre des préparations où les prolongements sus-orbitaires des cellules ethmoïdales sont tellement développés que le curettage par les voies naturelles en est absolument impossible. Leur simple ouverture par les voies naturelles peut, cependant, amener la guérison par le seul fait du libre écoulement du pus.

LUC préconise l'ouverture du labyrinthe ethmoïdal par le sinus frontal, vu que, dit-il, l'ethmoïdite est presque toujours compliquée de sinusites maxillaire et frontale.

GORIS (de Bruxelles) est partisan de l'ouverture large.

LAURENS (de Paris). — Dans les cas de fistules ethmoïdo-orbitaires, L. opère par l'orbite.

VACHER (d'Orléans) cite un cas à l'appui de l'opinion de Laurens.

JACQUES (de Nancy) a fait l'écouvillonnage des cellules ethmoïdales.

HAJEK admet naturellement l'ouverture par voie externe lorsqu'il y a danger immédiat, ou lorsqu'on y est conduit par une fistule. — Il a eu des succès par voie endo-nasale, même lorsqu'il y avait déjà des manifestations orbitaires.

14. LUC (de Paris). — **Catarrhe douloureux à répétition du sinus frontal consécutif à la sténose du canal fronto-nasal.** — Chez les deux malades observés par lui et qui font l'objet de ce travail, l'auteur a noté l'ensemble des symptômes suivants : à l'occasion d'un coryza à frigore, survenaient dans l'une des moitiés du front, et toujours du même côté, des douleurs accompagnées de sensibilité à la pression et parfois de gonflement. Ces douleurs revenaient par crises, plusieurs jours de suite, et chaque crise cessait après l'expulsion d'une quantité variable de mucus.

Dans le premier fait, l'étroitesse du canal naso-frontal, point de départ des accidents, paraît avoir été congénitale, et l'affection d'abord catarrhale, à en juger d'après le caractère des sécrétions nasales au moment des crises, aboutit à la formation d'un empyème chronique.

Dans le second, au contraire, la structure fronto-nasale semble avoir pris naissance à la suite de l'ouverture chirurgicale du sinus atteint d'empyème, cette opération n'ayant pas été accompagnée de l'élargissement systématique du canal fronto-nasal.

Dans les deux cas, les accidents furent définitivement enrayés à la suite d'une intervention consistant d'abord dans l'ouverture et le nettoyage du sinus, puis, dans l'élargissement du canal fronto nasal, par destruction de la portion nasale du plancher du sinus et des cellules ethmoïdales les plus antérieures.

4^e SÉANCE — Samedi 4 août, 2 heures.

Président d'honneur : M... CAPART (de Bruxelles).

15. KASPARIAITZ (de Moscou). — **Palpation du sinus maxillaire et opération endo-nasale de l'empyème du sinus maxillaire.** — Le procédé de diagnostic par palpation consiste à appuyer une sonde coudée à angle droit en avant du processus uncinatus ou en arrière de ce dernier, pour faire sortir le pus par gouttes ou même par jet de l'orifice du sinus maxillaire.

Opération endo-nasale : on sectionne avec un couteau spécial la paroi du sinus maxillaire en avant et en arrière du processus uncinatus, qu'on enlève avec un conchotome, après quoi, on procède à la résection de la partie inférieure de la paroi intérieure osseuse du sinus, ainsi que de la partie moyenne du cornet inférieur avec une pince coupante spéciale.

34 cas d'opération, avec 31 guérisons complètes.

Ont pris part à la *discussion* : HELLAT, MOLL, MOLINIÉ, DELIE.

16. GORIS (de Bruxelles). — **La décortication de la face** pratiquée pour la première fois par le Prof. Bardenheuer, de Cologne, en 1898, a pour but de créer au chirurgien une voie large vers les parties profondes du nez, sans faire aucune incision à la face. Cette opération consiste, en somme, à mobiliser tout le masque facial par une incision de la muqueuse de la bouche, depuis l'une apophyse zygomatique à l'autre. Le chirurgien introduit les doigts dans les lèvres de l'incision et relève jusque sur le front le masque mobilisé, en ayant soin d'inciser la muqueuse nasale au niveau de l'échancrure nasale.

C'est cette opération que le Dr Goris a pratiquée huit fois, en général pour des empyèmes ethmoïdo-maxillaires, avec quelques modifications toutefois à la méthode de Bardenheuer.

L'opération convient surtout aux personnes atteintes de pansinusites, de sinusites ethmoïdo-maxillaires qui ne veulent absolument pas d'incision à la face, sinon les autres procédés sont moins sanglants et conviennent mieux : la décortication ne laisse pas de traces.

Elle convient encore dans les cas de sinusites maxillaires obstinément récidivantes, afin d'aller à la recherche des trajets fistuleux qui sont souvent la cause des récidives.

17. GEORGES LAURENS (de Paris). — **La chirurgie des sinus de la face dans ses rapports avec la chirurgie de l'orbite.** — L'auteur étudie les relations *anatomiques, cliniques et opératoires* entre les sinus de la face et les cavités orbitaires. M. Laurens a opéré cinq malades atteints de sinusites fronto-ethmoïdales, ou d'ethmoïdites isolées, avec fistulisation orbitaire, phlegmon consécutif et ayant déjà subi antérieurement de multiples interventions. Il a toujours obtenu dans ces cas une véritable cure radicale, grâce à la technique chirurgicale qu'il emploie et qu'il expose.

Longue incision curviligne partant de la queue du sourcil, contournant la racine du nez et se terminant un peu en dedans de la

commisure interne. Section jusqu'à l'os de toutes les parties molles Puis hémostase soigneuse du cercle artério-veineux périorbitaire avec résection du nerf sus-orbitaire. Tous les organes (muscles, ailerons ligamenteux, poulie du grand oblique) s'insérant à la paroi interne, sont détachés ; le globe de l'œil est récliné en dehors avec un écarteur mousse. Bien éviter de sectionner avec la rugine les artères ethmoïdales antérieures qui constituent la limite supérieure du champ d'action pour la gouge ; en attaquant au-dessus, on risque de pénétrer dans la boîte crânienne. On a alors sous les yeux la lame papyracée de l'ethmoïde souvent cariée. On l'effondre à la curette et on peut travailler dans tout l'ethmoïde antérieur. Cette voie permet l'accès dans le canal naso-frontal et, par suite, dans le sinus frontal. Lorsque celui-ci est infecté et qu'il a déjà subi plusieurs trépanations, le meilleur procédé pour obtenir la cure radicale, est d'effondrer toute sa paroi antérieure. Dans trois cas, M. Laurens a dû réséquer l'arcade sourcilière et une grande partie de la voûte de l'orbite pour atteindre de profonds diverticules. L'auteur draine toujours par la voie orbitaire quand il n'y a pas de pus dans le nez. Le résultat esthétique est parfait dans les cas de fistule ethmoïdale, la cicatrice est à peine apparente et se confond avec le sourcil. Dans la résection de la voûte de l'orbite, il persiste un enfoncement plus ou moins accusé. Jamais l'auteur n'a observé de troubles de motilité oculaire, ni de strabisme après l'opération.

MOURE croit qu'il est possible d'arriver aux mêmes résultats sans faire d'aussi grands délabrements.

18. TAPTAS (Constantinople). — Contribution à l'opération radicale des sinusites combinées chroniques. — Paraitra *in-extenso*.

19. SUAREZ DE MENDOZA. — Communication sur l'emploi méthodique des fraises, trépan, scies, forêts, brosses (en usage en chirurgie dentaire) actionnés par le tour de White ou par le moteur électrique dans la chirurgie des fosses nasales et des sinus de la face. — S. présente une petite douille qui, montée sur le bras flexible de White, s'adapte à tout l'arsenal de trépan, fraises, burins, etc., etc., etc., dont se servent les dentistes.

L'auteur assimilant les affections de la mastoïde, des sinus frontal et maxillaire, de la partie osseuse des fosses nasales aux affections des dents, croit que lorsqu'il s'agit de couper, réséquer, scier, limer, brosser, l'instrument de White, mû ou non par l'électricité, rend d'énormes services. C'est pourquoi il a inventé la

douille en question permettant l'adaptation des instruments dont il a été parlé, pour les opérations sur la mastoïde, pour perforer la paroi interne du sinus maxillaire, pour le ramonage des fongosités contenues dans les sinus, etc., etc.

L'auteur présente ensuite les instruments qu'il a créés pour pratiquer la cure radicale et rapide de l'obstruction nasale.

Outre la source électrique et le moteur électrique : 1° Un bras flexible de White muni d'un curseur ; 2° Un stylet mesurateur ; 3° Des scies tubulaires ; 4° Des gouttières protectrices ; 5° Des tubes tampons ; 6° Des spéculum de Palmer modifiés.

L'auteur a déjà opéré de la sorte cent vingt-cinq malades et, jusqu'à présent, il n'a eu qu'à se féliciter de son procédé.

Plusieurs confrères, dit-il en terminant, m'ayant fait l'honneur d'employer mon procédé, j'ai eu l'occasion de constater que lorsqu'on n'est pas tout à fait rompu au manuel opératoire on peut, pendant les quelques secondes que dure l'opération, avoir une distraction regrettable, surtout si le malade relève légèrement la tête et, partant, modifie la ligne d'action de la scie que le chirurgien tient déjà en main. Pour faciliter donc l'opération et la mettre à la portée des néophytes, je viens de créer l'instrument que voici et que j'appellerai *guide-protecteur*.

Comme vous voyez, l'attelle protectrice au lieu d'être tenue à la main est fixée dans une bague, qui est soudée à un manche, le tout disposé de telle façon qu'une fois l'attelle mise en place, un boutoir buccal fixe la direction du trait de scie dans le sens du plan vertical et l'attelle la direction dans le plan horizontal ; de plus, la bague est faite de façon à permettre le changement de la gouttière protectrice pour la faire agir tantôt à droite, tantôt à gauche.

L'auteur présente, en outre, ses pinces laryngiennes fenêtrées qui ont l'avantage de ne pas cacher le champ opératoire au moment de la préhension des néoplasmes.

20. VACHER. — **Note sur le traitement des sinusites maxillaires, ethmoïdales et frontales.** — L'empyème des cellules ethmoïdales existe rarement seul, on l'observe presque toujours lié à une sinusite frontale ou maxillaire. Dans un certain nombre de cas, le sinu sphé-noïdal est pris en même temps.

Les malades porteurs de ces lésions se divisent en deux classes : ceux qui acceptent l'opération par la voie externe, ceux qui ne veulent qu'un traitement endo-nasal. Ces derniers, qui comprennent presque toutes les femmes, sont les plus nombreux. Je ne veux parler que de cette catégorie. Le traitement des em-

pyèmes ethmoïdo-fronto-maxillaires est d'autant plus difficile que le nez est plus étroit. Le premier but à atteindre est de se faire du jour le plus possible, sans cela aucun traitement chirurgical sérieux. Il faut un excellent éclairage frontal direct ; faire sauter le cornet inférieur ; enlever la partie antérieure du cornet moyen, soit à l'anse froide, soit à l'anse chaude, soit à la pince de Grunswald, couper sans torsion, sans arrachement, sous peine de désordres éloignés et complications vers la base du crâne.

Prudence et lenteur sont nécessaires ; séances espacées de manière à permettre au malade de se remettre de l'ébranlement, de la douleur, de la perte sanguine. Il faut obtenir curetage du méat moyen, ouvrir chaque cellule, rompre à la pince les cloisons. Le but à atteindre est de transformer toutes les cellules en une seule cavité facilement accessible aux badigeonnages, aux irrigations bi-quotidiennes. S'il y a complication de sinusite frontale, il faut sonder, irriguer ce sinus, élargir son entrée autant que possible pour en modifier la surface avec des instillations caustiques.

Si le sinus maxillaire est pris et que le malade se refuse à son curetage par la fosse canine, il faut aussi transformer ce sinus en une cavité accessible du nez, en faisant sauter sa paroi interne. J'ai fait construire un ciseau en biseau qui facilite cette opération. Je pratique auparavant le tamponnement postérieur de la fosse nasale correspondante, et le tamponnement est maintenu en place par un fil métallique que les instruments ne peuvent sectionner pendant l'opération. De cette manière, pas de sang dans le cavum. La brèche dans la paroi nasale doit être aussi étendue que possible, de manière à permettre un curetage, des badigeonnages au chlorure de zinc et des éruptions bi-quotidiennes. Cette méthode permet de soulager grandement, sinon de guérir les malades qui se refusent à une cure radicale, par la voie externe, de leur poli-sinusite.

Ont pris part à la discussion : JACQUES et MOURET.

21. COUSTEAU (de Paris). — **Emphysème pulmonaire par insuffisance nasale expérimentale.** — Nous nous sommes proposés de rechercher expérimentalement le rôle joué par l'insuffisance nasale dans la production de l'emphysème pulmonaire.

Après avoir oblitéré une narine à de jeunes lapins, nous les sacrifions sept mois après. Nous remarquons à l'autopsie que les poumons présentent des lésions très nettes d'emphysème pulmonaire. On aperçoit, en effet, sur les poumons, des plaques blanchâtres surélevées et présentant çà et là de petites vésicules

transparentes de la grosseur d'une fine tête d'épingle. L'examen histologique est encore plus concluant, les parois alvéolaires sont amincies et ont même éclaté par endroits et forment ainsi des lacunes plus ou moins grandes suivant le nombre de parois qui ont cédé.

Un résultat analogue est obtenu en douze jours chez un lapin dont on avait oblitéré les deux narines.

Nous avons cru intéressant de relater le résultat d'expériences aussi concluantes.

Nous attirerons donc l'attention du médecin sur l'importance qu'il faut attacher à la perméabilité des fosses nasales, étant donnée la rapidité avec laquelle se produit l'emphysème pulmonaire lorsqu'un obstacle quelconque détermine une sténose nasale même incomplète, mais durable.

3^e SÉANCE. — Lundi, 6 août, 9 heures.

Président : D^r GOUGUENHEIM.

22. Sir FÉLIX SEMON (de Londres). — **Les indications de la thyrotomie** (résumé du rapport). — *Introduction.* — La thyrotomie est une opération rare et jusqu'à ces derniers temps peu populaire. Raisons. Récemment utilisée plus généralement (amélioration de la technique ; moins de danger ; meilleurs résultats).

Indications spéciales. — Il faut toujours se rappeler que dans la plupart de ces indications il existe des méthodes suppléantes (opérations intralaryngées, dilatation, intubation, etc.)

1^o *Corps étrangers du larynx.* — Il ne faut jamais laisser un corps étranger enclavé dans le larynx pendant un certain temps.

2^o *Blessures du larynx.* — Fractures, blessures par armes à feu, blessures par suicide.

3^o *Laryngocèle.* — Indication très rare.

4^o *Sténoses laryngées.* — Quelquefois (par exemple dans l'épaississement fibroïde syphilitique de la muqueuse) la thyrotomie, suivie d'excision des parties tuméfiées, donne d'excellents résultats, cependant il est impossible de les garantir. Possibilité d'un retour de la sténose.

5^o *Périchondrite aiguë des cartilages du larynx.* — Indication rare, mais quelquefois excellent résultat.

6° *Tuberculose et lupus du larynx.* — Les indications sont posées par M. Goris. Quelquefois résultat très satisfaisant, mais toujours danger d'infection tuberculeuse de la plaie chirurgicale.

7° *Sclérome du larynx.* — La thyrotomie est apparemment la meilleure méthode, mais ne fournit pas de garantie certaine contre les récidives.

8° *Néoplasmes bénins du larynx.* — La méthode intralaryngée est en général sans doute préférable, quand on peut l'employer. Mais il y a quelques exceptions à cette règle. Discussion de cette éventualité. Nécessité d'individualiser dans chaque cas. La thyrotomie ne garantit pas contre les récidives des papillomes multiples.

9° *Néoplasmes malins du larynx.* — L'enlèvement de ces néoplasmes au début et quand ils sont strictement limités à l'intérieur du larynx (cancer et sarcome « intrinsèque ») constitue à présent l'indication principale de la thyrotomie. Danger des statistiques erronées. Rivalité de la méthode intralaryngée et de l'extirpation du larynx avec la thyrotomie. Grande valeur de cette dernière, quand le diagnostic a été fait à temps et les cas judicieusement choisis pour l'opération.

23. E. SCHMIEGELOW (de Copenhague). — **Technique de la thyrotomie** (résumé du rapport). — L'opération, qui doit être précédée par la trachéotomie, se fait dans la narcose profonde.

La canule trachéale est construite de manière à empêcher l'aspiration du sang pendant l'opération. La canule à tampon de *Hahn* est la meilleure. Après avoir ouvert le larynx par une incision du cartilage thyroïde, il faut tamponner la partie inférieure du pharynx avec une éponge pour empêcher que la salive ne tombe dans le larynx.

Pour diminuer la sensibilité de la muqueuse du larynx, il faut la cocaïniser.

L'opération faite et l'hémorrhagie arrêtée, on enlève la canule à tampon, puis on saupoudre l'intérieur du larynx avec de l'iodoforme. La plaie est simplement recouverte avec de la ouate et de la gaze iodoformée qu'on change plusieurs fois pendant les premiers jours. Le malade doit être couché avec la tête aussi horizontale que possible, et, en cinq à six jours, sa plaie sera suffisamment cicatrisée pour lui permettre de se lever.

24. GORIS (de Bruxelles). — **Résultats immédiats et éloignés de la**

thyrotomie (résumé du rapport). — Pour avoir des résultats comparables autant que possible entre eux, nous avons adressé aux spécialistes un bulletin où nous les prions de nous signaler, en même temps que les divers diagnostics, l'âge, le sexe de leurs opérés, le siège exact de l'affection, l'état général du malade au moment de l'opération, le procédé employé, enfin les résultats immédiats et éloignés des interventions.

Nous reçûmes ainsi des renseignements sur cent cinq thyrotomies se répartissant de la façon suivante :

62	pour tumeurs malignes du larynx ;
14	— tuberculose ;
25	— tumeurs bénignes ;
2	— sténoses ;
1	— corps étranger ;
1	— rhinosclérome.

Sur ces cent cinq opérés quatre succombèrent par pneumonie dans les huit jours qui suivirent l'opération.

La thyrotomie considérée en elle-même rentre donc dans la catégorie des opérations bénignes, puisqu'elle donne une proportion de moins de $\frac{4}{100}$ de décès.

Thyrotomies pour tumeurs malignes.

Sexe. — Les tumeurs affectent surtout le sexe masculin. Dans notre statistique, en effet, sur 62 cas, 55 appartiennent au sexe masculin ; 3 au sexe féminin. Dans 4 cas, le sexe n'a pas été signalé.

Age. — A ce point de vue, les cas se répartissent comme suit :

Au-dessous de 30 ans	0
— de 30 à 40.	4
— de 40 à 50.	14
— de 50 à 60.	20
— de 60 à 70.	18
— de 70 à 75.	4
Age non mentionné.	2

Voix. — Les résultats varient en ce qui concerne la voix, suivant l'étendue de l'intervention. En général, l'enlèvement d'une corde vocale permet l'émission de certains sons. Dans quelques

cas la voix demeura excellente après l'extirpation d'une corde, grâce à la formation d'une bande cicatricielle.

Résultats éloignés. — Nous avons réuni les sarcomes et les carcinomes quoique ces tumeurs soient d'une malignité différente. Nous l'avons fait parce que le nombre des sarcomes mentionnés est trop peu important pour influencer une statistique.

Des 62 cas signalés il faudra en retrancher 7, où c'est l'extirpation du larynx qui a été faite. Ces cas ne sauraient entrer en ligne de compte ici. Nous ne séparerons pas les cas où, à l'occasion de la thyrotomie, il a été procédé à une extirpation d'une portion de cartilage ; dans ces cas, la thyrotomie reste toujours l'intervention importante, et la résection l'opération accessoire.

Enfin nos tableaux mentionnent quelques cas où l'opération est réellement de date trop récente pour pouvoir être portée à l'actif de la thyrotomie (4 de Chiari, 2 de Moure).

Restent donc 49 cas, donnant les résultats suivants :

Survie de plus de 10 ans.	4 (Bœckel)
— de 5 à 8 ans	8
— de 2 à 5 ans	11
	<hr/>
	23

soit une proportion de 46,9 de résultats que l'on peut considérer comme des guérisons. Nous avons enfin 7 cas où la survie, où l'absence de récurrence a été constatée plus d'un an après la guérison.

Thyrotomies pour tuberculose.

Ici les résultats sont de beaucoup moins brillants. Dans 14 cas signalés, 3 seulement peuvent être considérés comme des guérisons. Dans les autres, l'intervention a plutôt semblé accélérer la marche de la maladie.

Thyrotomies pour tumeurs bénignes, sténoses.

Les résultats au point de vue de la voix sont variables ; ils sont, en général, bons. Le papillome diffus est l'affection pour laquelle la thyrotomie fut faite le plus souvent ; quoique ne prévenant pas complètement la récurrence, la thyrotomie est l'opération de choix.

Sur 2 cas de sténose du larynx, l'un guérit ; dans l'autre, la respiration normale par le larynx ne put être obtenue.

Enfin, dans un cas de rhinosclérome étendu du larynx, Chiari obtint la guérison complète par l'excision de la tuméfaction sous-glottique.

Discussion.

Y ont pris part : MM. LÖWE, MEYER, MAX SCHEIER, MOURE, HELLAT, CHIARI, FRÄNKEL.

Sir FÉLIX SEMON, dans sa réponse, maintient les positions qu'il a prises dans son rapport.

TH. GLÜCK (de Berlin). — **La chirurgie moderne du larynx.** — (Sera publié *in-extenso*).

25. GOUGUENHEIM et E. LOMBARD (de Paris). — **Indications opératoires dans le cancer du larynx.** — (Paraitra *in-extenso*).

26. A. COURTADE. — **Traitement palliatif du cancer de la trachée et du larynx ; emploi de la sonde en caoutchouc comme canule trachéale.** — Un homme de 40 ans, de très bonne santé habituelle, mais obligé, par profession, à des efforts de voix constants, est pris brusquement, à la fin d'une bronchite compliquée d'enrouement, d'une hémoptysie abondante.

Considéré, par plusieurs médecins, comme atteint de laryngite tuberculeuse, il est envoyé en Algérie, puis, en juillet 1898, aux Eaux-Bonnes qu'il dut quitter au bout de huit jours, à cause de l'oppression. L'oppression devenant de plus en plus forte, on dut, deux jours après, pratiquer la trachéotomie d'urgence.

L'opération ne soulagea qu'imparfaitement le malade, car la canule n'assurait qu'incomplètement la perméabilité des voies aériennes ; toutes les tentatives pour trouver une canule convenable furent vaines.

Le 24 août, l'examen laryngoscopique me révéla l'existence d'un cancer de la trachée étendu au larynx. La présence de bourgeons épithéliomateux dans la trachée, expliquait l'insuffisance de toutes les canules qu'on avait tenté d'introduire.

Les canules longues et flexibles ne pouvant convenir, je conseillai au malade de passer dans sa canule métallique une sonde en caoutchouc rouge destinée à refouler les bourgeons néoplasiques et à prolonger la lumière de celle-ci ; grâce à cet artifice, le malade n'eut plus d'accès de dyspnée.

A la suite des progrès du néoplasme, la canule métallique fut définitivement remplacée par la sonde en caoutchouc n° 30, préalablement ramollie par l'huile de vaseline (novembre 1898).

Pendant les six mois que vécut encore le malade (mai 1899), il ne se servit que de la sonde en guise de canule trachéale.

Le traitement palliatif du cancer laryngo-trachéal doit viser à : 1° faciliter la respiration par l'emploi d'une canule appropriée ; 2° combattre les hémorrhagies par l'usage du perchlorure de fer et de l'eau oxygénée ; 3° diminuer l'abondance et la fétidité des sécrétions en ayant recours aux instillations d'huile mentholée, aux préparations d'eucalyptus, aux pulvérisations trachéales de solutions de chlorure de zinc ; 4° enfin réprimer le bourgeonnement extérieur par les badigeonnages avec une solution de pyocétanine.

6^e SÉANCE. - 7 août, 9 heures.

Président d'honneur : Sir FÉLIX SEMON (de Londres).

Au commencement de la séance, les deux sections réunies de laryngologie et d'otologie maintiennent la séparation des deux sections.

27. Alexandre Jacobson (de Saint-Pétersbourg). — **Rhinites spasmodiques** (résumé du rapport). — 1° Les rhinites spasmodiques, ayant une étiologie et une marche différentes, offrent plusieurs espèces ou formes ;

2° Ces formes ne sont pas encore suffisamment étudiées, ni différenciées, ce qui les fait confondre assez souvent ;

3° Il est donc de toute nécessité de délimiter avec précision le *rhume des foins* comme espèce particulière, vu que cette forme est la plus étudiée, a une marche périodique caractéristique et une étiologie établie par des recherches expérimentales (Blackley). Selon moi, la définition la plus exacte de ce rhume a été donnée par Morell-Mackenzie et reconnue « excellente » par A. Ruault ;

4° Ce qui fait que le *rhume des foins* doit être considéré comme une forme de rhinite spasmodique (M. Lermoyez) ; et cette dénomination ne doit, en aucune façon, être appliquée aux rhinites spasmodiques amenées par d'autres causes ;

5° Il faut admettre que bien des cas de rhinites spasmodiques peuvent être expliqués par des paralysies vaso-motrices, *coryza vasomotoria* (Moritz-Schmidt) ;

6° Certes, il existe des formes de *rhinites spasmodiques*, qui mériteraient le nom de *toxirhinites* (Jacobson), comme c'est le cas pour la toxidermie ;

7° Ces *toxirhinites* sont amenées par des intoxications et auto-intoxications, ont une marche aiguë, sont compliquées de troubles gastro-intestinaux et de manifestations cutanées (*urticaria*, etc.) ; elles s'attaquent à des personnes parfaitement bien portantes, qui n'ont aucune prédisposition générale ; comme toutes les intoxications, elles sont fortuites et n'ont nulle tendance à récidiver ;

8° Seulement en considérant les rhinites spasmodiques comme des processus d'origine vasomotrice, il est possible d'y rapporter l'*hydrorrhée nasale*, puisqu'elle n'est liée à aucun phénomène de caractère spasmodique ;

9° L'*hydrorrhée nasale*, étant due à des causes internes, peut ne point offrir de phénomènes locaux, sauf une sécrétion abondante.

Dans ces cas la muqueuse n'est nullement tuméfiée, ni injectée.

Discussion.

NATIER. — Combattons d'abord le nervosisme du malade par une hygiène et une thérapeutique bien conduites. Dans le cas seulement où il n'y aurait pas de guérison intervenir localement s'il y a lieu.

Prennent part à la discussion : MM. Mahu, Molinié, Mounier.

28. M. LERMOYER et G. MAHU (de Paris). — **Nouvelle méthode de traitement des affections nasales et naso-pharyngiennes par les applications d'air chaud.** — (Un long mémoire sur ce sujet a été publié par les auteurs dans le n° de juillet des *Annales*, nos lecteurs pourront s'y reporter).

29. MOUNIER (de Paris). — **Du rôle prépondérant de l'auto intoxication dans le coryza périodique et apériodique. — Déductions thérapeutiques. — Onze observations.** — Le point de départ de ce travail est un cas de rhino-bronchite spasmodique avec paroxysmes en mai, que l'auteur a pu suivre minutieusement pendant des années, et guérir en quelques semaines par un simple régime approprié.

Les *dix* autres observations avec guérison complète ou amélioration considérable, sont la confirmation de l'importance de l'auto-intoxication (gastro intestinale) dans les deux formes du coryza spasmodique.

L'élimination des toxines par la pituitaire et les glandes du système respiratoire, expliquent :

1° Les crises de coryza *apériodique* ;

2° La susceptibilité excessive de la muqueuse nasale et bronchique aux excitations extérieures dans le coryza nettement *périodique*.

Un régime doit donc être la base de tout traitement sérieux, avec, comme adjuvants, certains médicaments, strychnine et benzo-naphтол.

L'intervention chirurgicale sur les cornets et les malformations de la cloison ou les tissus hypertrophiés du naso-pharynx, ne doit pas pour cela être négligée, surtout dans l'asthme des foins.

30. HARTMANN (de Berlin). — Présentation d'un atlas.

7^e SÉANCE. — Mardi, 7 août, 2 heures.

Président d'honneur : URUÑUELA (de Madrid).

31. HAMON DU FOUGERAY (du Mans). — **De l'emploi de l'acide chromique en solution au demi dans le traitement des tumeurs malignes des muqueuses du pharynx, nez, larynx.** — L'auteur cite les trois observations suivantes :

1° Femme de 38 ans, opérée d'un cancer du sein gauche il y a trois ans. Dix-huit mois après cette opération elle a vu survenir des troubles pharyngés. Examinée dès le début, on trouva une infiltration du voile du côté gauche avec un commencement d'ulcération. L'examen histologique d'un fragment de cette tumeur montre qu'il s'agit d'un épithélioma. Curettage de la partie lésée, puis badigeonnages à la solution d'acide chromique au demi. Ces badigeonnages sont renouvelés tous les deux jours au début, puis espacés de plus en plus. Au bout de trois mois de traitement on pouvait considérer la malade comme guérie et il n'y a pas eu de récurrence depuis plus d'un an ;

2^e Femme de 50 ans, opérée d'un cancer de l'utérus il y a quatre mois. Apparition d'un néoplasme sur le voile du palais avec commencement d'ulcération du côté droit. L'examen histologique montre un épithélioma. Même traitement que précédemment. L'évolution du néoplasme s'arrête et tend à guérir. La guérison était presque complète quand cette malade succomba deux mois après, à des accidents pulmonaires ;

3^e Homme de 50 ans, atteint de cancer du pharynx depuis près de deux ans, refuse toute intervention chirurgicale ; comme l'oppression augmente on lui propose la trachéotomie qui est repoussée. On essaie alors les badigeonnages de l'intérieur du larynx avec l'acide chromique au demi. Ces badigeonnages sont répétés tous les deux jours. La suffocation diminue et la respiration devient au bout de quinze jours presque facile. Cet état se prolonge jusqu'à la mort du malade survenue trois mois après par cachexie cancéreuse.

L'auteur ne veut rien préjuger de l'avenir de cette question. Il cite seulement ces cas pour provoquer les recherches dans ce sens, car de nouvelles observations sont nécessaires.

32. **TEXIER** (de Nantes) et **BAR** (de Nice). — **Contribution à l'étude de la tuberculose nasale.** — Quoique de nombreux travaux aient attiré l'attention sur la connaissance de la tuberculose nasale on peut toujours dire qu'elle est une affection peu fréquente et d'autant plus rare qu'elle est primitive. En général, c'est une affection secondaire à un état de tuberculose généralisé et localisé au maximum dans les voies respiratoires.

Nous apportons ici 3 observations personnelles. L'une d'elles a une valeur d'autant plus grande que l'examen microscopique confirma la nature des lésions annoncées. Les autres ont quelque valeur pour la discussion générale. Toutes trois sont inédites et s'ajoutent au nombre encore très restreint (70 environ) des cas publiés.

La symptomatologie de cette affection est assez précise et permet de décrire ainsi que l'a fait Cartaz une forme pseudopolypeuse et une forme ulcéreuse et même à l'exemple de Chiari, une forme granuleuse. On ne confondra point cette affection avec le lupus ou la syphilis tertiaire du nez. Le pronostic est subordonné à l'état général et aux formes de l'affection locale.

Le traitement local véritablement efficace est le curettage avec application d'acide lactique à 80 $\frac{0}{0}$. Veiller surtout au traitement général.

Dans l'observation I, en effet, il est question d'une forme pseudo-

polypoïde, primitive, sans accidents antérieurs de tuberculose. L'observation II est encore une forme pseudopolypoïde ou pseudo-cédémateuse, secondaire accompagnée d'une granulie miliaire du tiers postérieur des fosses nasales et du pharynx. L'observation III est une forme ulcéreuse, limitée au vestibule nasal, ulcération irrégulière, très fortement douloureuse, enflammée de tubercules jaunâtres caractéristiques. Ces lésions, vivement curettées et traitées à l'acide lactique ont été (obs. I et obs. III) guéries dans un laps de temps variable.

33. RICARDO-BOTEY (Barcelone). — **Pseudo-hémophtisies d'origine naso-pharyngienne.** — (Ce travail paraîtra *in-extenso*).

34. E. J. MOURE (de Bordeaux). — **Traitement des déviations de la cloison.** — On a beaucoup écrit sur les déviations de la cloison et sur la manière de remédier à cet état défectueux du septum nasal. Jusqu'à ce jour, il semble que le procédé de Asch qui consiste, on le sait, à sectionner en forme de croix, le point saillant de la déviation pour former quatre lambeaux qu'on refoule dans la narine opposée, à l'aide d'un dilateur en ébonite, soit le procédé qui ait donné les meilleurs résultats. Toutefois cette manière d'agir ne paraît pas être applicable à tous les cas et très souvent, pour ma part, j'ai eu de la peine à maintenir en place le tube préconisé par cet auteur. C'est pour ce motif que j'ai essayé d'obtenir le même résultat en employant un procédé qui diffère d'une façon absolue du précédent.

Lorsqu'il existe un éperon ou un épaissement du fibro-cartilage sur le point dévié, fait le plus fréquent, je commence par supprimer l'arête cartilagineuse et aplanir la cloison le plus possible, *de manière à ne laisser subsister que la déviation*. Une fois cette première intervention guérie et la muqueuse parfaitement reformée à sa surface, c'est-à-dire après un mois environ, j'opère de la façon suivante : après avoir cocaïné les deux faces du septum, je fais une incision parallèle au plancher des fosses nasales, en suivant le plus près possible l'insertion de la cloison à ce niveau. Cette incision a environ 2 centimètres de longueur et commence derrière la sous-cloison, s'étendant aussi loin que possible en arrière. Une seconde incision est faite, le long de l'arête du nez. La partie sectionnée a environ la même longueur que la précédente. J'ai ainsi obtenu un lambeau triangulaire tenant en avant à la sous-cloison et en arrière à ses insertions avec la lame perpendiculaire et le vomer. Ce lambeau est, comme on le suppose, très

facilement mobile. Introduisant alors du côté dévié, c'est-à-dire du côté convexe et d'arrière en avant un tube dilatateur spécial formé de deux lames parallèles dont l'externe est rigide et fixe, tandis que l'interne, beaucoup plus large, est en métal malléable, je refoule la cloison à l'aide d'une pince *ad hoc*, introduite dans mon tube dilatateur. Je donne ainsi à la lame mobile la forme et la place que je désire voir prendre au septum dans sa nouvelle situation et je laisse mon dilatateur en place pendant sept à huit jours, de manière à obtenir une soudure parfaite des parties sectionnées. Pendant les premières quarante-huit heures, comme il tend à se produire une réaction inflammatoire plus ou moins intense, suivant les sujets, je conseille de baigner le nez dans de l'eau boricuée bouillie, qui remplace les pansements humides. Il suffit ensuite de faire quelques injections pour empêcher l'accumulation des sécrétions croûteuses qui tend à se produire dans l'intérieur des cavités nasales. S'il n'y a aucune suppuration, je ne fais pas de traitement local et huit jours après j'enlève l'appareil. Généralement la cloison est parfaitement redressée ainsi que l'arête extérieure du nez. J'ai eu l'occasion d'employer ce procédé depuis déjà plus de deux ans et il m'a toujours donné *chez les adultes*, d'excellents résultats.

Chez les enfants, il est plus difficile à mettre en usage, à cause de la douleur qu'il provoque et aussi de la difficulté qu'on a à laisser le tube en place ; du reste je ne crois pas qu'il soit convenable de pratiquer des interventions sur le septum nasal avant un certain âge, c'est-à-dire tant que la charpente du nez n'est pas à peu près complètement développée. En opérant trop tôt on s'expose à voir la déviation se reproduire.

8^e SÉANCE. — Mercredi, 8 août, 9 heures.

Président d'honneur : SECRÉTAN (de Lausanne).

35. O. CHIARI (de Vienne). — **Les nodules vocaux.** — Anatomie pathologique et diagnostic. — (Ce rapport sera publié *in-extenso*.)

36. HERMANN KRAUSE (de Berlin). — **Sur les nodules vocaux** (résumé du rapport). — Les nodules vocaux sont de petites productions

globuleuses, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un grain d'orge, insérées sur le bord libre de la corde vocale et siégeant uniquement au niveau de son tissu élastique.

Ils sont ordinairement produits par une émission mauvaise de la voix pendant le chant, mais non pendant la parole.

Les nodules des chanteurs sont caractérisés anatomiquement par un tissu fibreux avec contenu kystique et épais revêtement pachydermique, lequel enserre le noyau fibreux et amène à la longue son atrophie.

Les troubles provoqués par ces nodules consistent en ce que la voix chantée est altérée en certains points de l'échelle vocale, parce que les deux cordes ne peuvent plus s'accoler d'une façon exacte, et parce que l'altération du tissu élastique ne permet plus de chanter piano ni de fournir les sons du médium. En outre, la fatigue vocale se produit rapidement au cours du chant. Il en résulte que les chanteurs sont obligés d'employer des procédés anormaux pour suppléer au registre qui leur manque, et n'y parviennent que par une tension plus forte des cordes vocales. Le son en subit certains dommages. La voix devient gutturale, c'est-à-dire fournie en excès dans le larynx sans résonnance suffisante dans les cavités supérieures ; ou encore les sons sont uniquement émis en voix de poitrine. Dans ce dernier cas la voix perd une partie de sa puissance d'expression ; dans le premier cas, elle perd de sa pureté. A la longue l'excès de tension des cordes vocales donne naissance à de la pachydermie, qui se développe tout d'abord au niveau des nodules et plus tard sur les points soumis à des frottements excessifs : apophyses vocales et région interaryténoïdienne.

Le traitement a pour but de provoquer la régression des nodules par le repos vocal, en défendant absolument de chanter. Si cette prescription ne suffit pas, il faut, dans les cas où l'intérêt du malade exige le rétablissement de la voix, procéder à l'ablation chirurgicale strictement limitée aux partiessaillantes des nodules.

37. CAPART (de Bruxelles). — **Traitement des nodules vocaux.** — (Paraîtra *in-extenso*.)

38. J. GAREL, en collaboration avec M. BERNOUD. — **Les nodules laryngés. Etude thérapeutique et anatomo-pathologique.** — (Ce travail paraîtra *in-extenso*.)

Discussion.

POYET (de Paris).— Les nodules vocaux sont très fréquents chez la femme, 95 %. Ils se produisent par un vice d'éducation de la voix, chez ceux qui veulent chanter dans un registre autre que celui que la nature leur a donné. Quant au traitement, une fois l'ablation faite, de préférence avec la pince, insister sur le repos vocal et le changement de la méthode de chant.

RUAAULT (de Paris) a rarement observé la guérison spontanée, et assez souvent la récurrence après ablation.

Au point de vue clinique, deux formes : la forme accumulée, vrai nodule de Störk, et la forme arrondie coïncidant avec le catarrhe chronique chez les gens qui crient.

Traitement : Pince coupante, galvano-cautère, une grande tolérance du malade est nécessaire. Aussi R. préconise-t-il l'emploi du bromure.

BOTEY n'emploie pas le bromure.

WEIL (de Vienne) les a vus disparaître quelquefois brusquement, après un traitement prolongé d'insufflations de poudre d'alun.

LUC préconise l'emploi d'une petite curette losangique pour enlever les nodules.

MOURE. — Le repos de la voix suffit à faire disparaître un nodule récent. L'ablation seule ne suffit pas à rétablir la voix en cas de nodule ancien, à cause de troubles d'asynergie vocale.

NATIER préconise une gymnastique, respiration rationnelle.

CHARI. — La production des nodules vocaux n'est pas toujours due à une défectuosité du chant. Dans beaucoup de cas la cause échappe. — C. n'emploie pas le bromure. — Le choix de l'instrument est personnel à l'opérateur. — L'opération est délicate ; il ne faut opérer qu'au cas où les nodules déterminent une impossibilité absolue de chanter.

9^e SÉANCE. — 8 août, 2 heures.

Président d'honneur : LENNOX BROWNE (de Londres).

39. GELLÉ. — **Epreuve phonographique de la voix.** — Gellé montre au moyen du graphique du phonographe comment s'inscrivent les vibrations et les périodes caractéristiques des sons-voyelles, des consonnes et des syllabes. Les dessins représentent amplifiés les di-

vers types caractéristiques et distincts de A, E', I, O, U, etc. Ils font saisir les différences saisissantes entre les mêmes sons émis par des individus distincts, dont nous n'avons pas conscience. Le même mot « Fable » ou « Ane » dit tantôt de façon simple, puis avec une grande intensité offre des périodes plus ou moins troublées et ce n'est qu'au milieu du tracé que les types spéciaux se reconnaissent ; l'intensité a cette action particulière de déformer, dissocier les périodes, au point de les rendre méconnaissables. Les consonnes explosives ont cette action très énergique, due à la détente brusque qui les accompagne. Les dessins signalent au contraire l'association des sons des sifflantes par exemple, aux sons-voyelles qu'elles modifient, et la combinaison intime de ces sons divers. D'autres planches rendent manifeste la formation des syllabes et des mots. L'auteur remarque que l'action dynamique des consonnes explosives et vibrantes, agit autant sur la voyelle qui suit comme dans PA, que sur celle qui précède, comme dans « rire », et il rappelle à ce propos que les artistes dans leurs déclamations accroissent cette action, l'étendent pour augmenter l'intensité et la durée de la sensation sonore.

Au moyen de ces tracés phonographiques l'auteur a pu reconnaître certains défauts de prononciation, certains troubles du langage ; ainsi dans l'émission de A-I, il a pu chez un bègue trouver entre A type, et l'I qui suit, le dessin d'E, qui par la lenteur de l'élévation de la langue, se forme d'une façon très distincte.

L'auteur se réserve de publier bientôt un travail complet avec des planches de démonstration.

M. MARICHELLE, professeur à l'Institution nationale des sourds-muets de Paris, fait ressortir l'importance de la communication de M. le Dr Gellé au point de vue de l'enseignement de l'articulation dans les écoles spéciales.

La phonétique — base nécessaire de cet enseignement — est, d'après lui, une science dont on peut dire qu'elle est encore dans l'enfance. Seule, la méthode graphique, appliquée depuis quelques années à peine à l'étude des phénomènes complexes qui accompagnent l'émission de la parole articulée, fournira dans ce domaine des renseignements précis et irrécusables. C'est le très grand mérite de M. le Dr Gellé d'être entré l'un des premiers dans cette voie ouverte par M. Marey, professeur au Collège de France, et d'y avoir recueilli les précieux documents qui viennent de passer sous les yeux des membres du Congrès.

Les professeurs de l'Institution des sourds-muets de Paris étaient d'autant mieux préparés à apprécier la haute valeur de

ces intéressantes recherches que l'un d'eux a publié, dès 1897, une modeste étude sous ce titre : « La Parole d'après le tracé du phonographe. »

40. RICARDO BOTEY (de Barcelone). — **L'importance du pôle supérieur de l'amygdale et de la fossette supra-tonsillaire comme cause des péri-amygdalites flegmonneuses. Extirpation complète de la moitié supérieure de cet organe comme unique traitement préventif efficace.** — (Sera publié *in-extenso*).

41. ESCAT (de Toulouse). — **Des arthrites laryngées.** — En dehors du laryngo-typhus et de la syphilis tertiaire du larynx, on a accordé jusqu'ici très peu d'importance aux troubles articulaires du larynx.

Quelques faits que j'ai observés tendent à me faire admettre qu'il existe plus souvent qu'on ne croit des arthrites laryngées rhumatismales ou pseudo-rhumatismales.

Le Prof. Potain a déjà montré que l'arthrite crico-aryténoïdienne pouvait être la première localisation de la polyarthrite grippale.

Si les arthrites aiguës et les ankyloses des articulations laryngées ont assez peu attiré l'attention des observateurs, la raison en est, à mon avis, dans ce fait que les signes de ces arthrites et de ces ankyloses sont constamment confondus avec ceux des paralysies laryngées : l'arthrite crico-aryténoïdienne simule la paralysie du récurrent et l'arthrite crico-thyroïdienne celle du larynx externe. La similitude clinique se double de la similitude laryngoscopique.

Il est fort probable que beaucoup de prétendues paralysies à étiologie inexplicable, ne sont que des arthrites ou des ankyloses.

S'il nous fallait faire à distance le diagnostic différentiel entre une paralysie du deltoïde et une ankylose de l'épaule sans pouvoir mobiliser le bras du malade, nous serions fort embarrassés ; or, nous nous trouvons dans un embarras identique quand il s'agit de différencier une paralysie d'une ankylose laryngée ; voici, cependant, quelques signes qui peuvent, jusqu'à un certain point, permettre de les différencier.

L'arthrite crico-aryténoïdienne aiguë se distingue de la paralysie récurrentielle par les signes suivants : 1° dysphagie ; 2° toux douloureuse ; 3° tuméfaction inconstante des saillies aryténoïdiennes ; 4° douleur vive à la pression derrière le bord postérieur des lames du cartilage thyroïde ; 5° non chevauchement de l'aryté-

noïde sain sur l'aryténoïde malade et non entraînement de la corde saine ou la moins malade au-delà de la ligne médiane (Grabower) ; 6° bilatéralité fréquente, quoique inégale, de l'arthrite.

L'arthrite crico-thyroïdienne aiguë se différencie du larynx externe par les signes suivants : 1° effort vocal douloureux même pour la voix parlée dans le registre élevé ; 2° persistance, pendant cet effort, des contractions du muscle crico-thyroïdien, perceptibles sous le pouce appliqué sur l'espace crico-thyroïdien ; 3° douleur à la pression de l'articulation crico-thyroïdienne.

En outre, dans les arthrites aiguës crico-aryténoïdienne et crico-thyroïdienne, on observe : 1° l'existence ou la préexistence d'une angine aiguë, catarrhale ; 2° de l'hypérhémie laryngée ; 3° un état fébrile plus ou moins prononcé ; 4° des manifestations polyarticulaires extra-laryngées.

Les ankyloses des deux variétés d'articulation sont plus difficiles encore à distinguer des paralysies, car ici les symptômes aigus et les phénomènes douloureux font défaut.

Les arthrites aiguës sont rebelles au traitement électro-thérapeutique et cèdent, au contraire, facilement aux révulsifs : j'ai vu céder ainsi en trois heures, à l'application d'un vésicatoire pré-laryngé, une arthrite aiguë crico-aryténoïdienne avec tirage menaçant ayant failli nécessiter la trachéotomie. J'ai vu aussi la révulsion faire disparaître rapidement l'aphonie en cas d'arthrite crico-thyroïdienne. Les ankyloses sont plus rebelles.

L'ankylose crico-aryténoïdienne relève de la dilatation et du tubage, l'ankylose crico-thyroïdienne, du massage externe.

42. MOURA (de Paris). — **Timbre de la voix.**

I

De la sonorité le Timbre est qualité
Particulière qui résulte de la forme,
De l'élasticité, nature et densité
Du corps qui vibre et donne une note uniforme.
Lui-même est un produit d'Harmoniques unis ;
Celui d'un son dépend du nombre d'Harmoniques.
Qu'il forme autour de lui ; c'est ainsi que Fétis
Formule sa raison en termes euphoniques ;

Ce nombre ne pouvant être bien calculé,
Le Timbre alors devient une chose subtile
Qu'on ne définit point, et dont le sens voilé
Manque de caractère accusable ou docile.

Le Timbre de la voix est une expression
Très souvent employée et cependant personne
N'oserait en donner la définition.
Les trois jeux de la voix ont un Timbre qui sonne
Au compte de chacun ; celui des sons moyens,
Médium du Plein-Chant, domine les deux autres ;
Pour son Timbre on le prend, car c'est par les sons pleins
Qu'on juge des chanteurs, de leurs voix et des nôtres.

Le nom *Timbre-Vocal* est un terme très gai,
Mais si mal défini qu'il prête à l'équivoque
Deux fois, car il prend forme au dehors, pour de vrai,
Non à l'intérieur comme on le croit, l'invoque.

Timbre et Sonorité, l'un pour l'autre sont pris.
Un beau *Timbre vocal*, qui nous émeut, nous touche,
Signifie une voix sonore, d'un grand prix,
Car, pour la voix, le Timbre est sa pierre de touche.

II

Les professeurs de chant n'ont jamais pu nous dire
Quel était l'organisme inhérent à la voix ;
Tous leurs raisonnements sur notre humaire Lyre,
Sur son Timbre surtout, sont vagues, nuls ou froids.

Des trois genres de voix propres à chaque sexe,
Basses et contralti n'ont pas de Timbre pur ;
Leurs Harmoniques sont en nombre trop complexe.
Les soprani, ténors ont le ton clair, très sûr ;
Mais la Voix des premiers résonne plus parfaite.
La Voix de la jeunesse, au beau Timbre argentin
Que préférait Rousseau, c'était la voix de tête,
Au timbre pénétrant, plein d'un charme divin.

La pureté du Timbre est d'autant plus céleste
 Que l'Harmonie accuse un parfait urisson
 Entre les éléments divers qui, sans conteste,
 Impriment à la voix un beau style, un beau son.
 Son rapport est inverse avec les Harmoniques
 Qui font cortège au son, et l'épaisseur des bords
 De l'anche, du larynx, ou cordes organiques
 Qu'à notre volonté font mouvoir des ressorts.

Le Timbre pur est bien cette qualité rare
 Qui fait un diamant de la Voix qu'on entend
 Et qu'on appelle *Angélique* ; or souvent, sort bizarre,
 C'est l'ornement d'un ange au visage attristant !

43. P. HELLAT (de Saint-Petersbourg). — **Amygdalite due au streptothrix.** — H. donne le nom de tonsillitis streptothricia à une maladie qu'il a souvent observée. Environ 90 cas de cette maladie ont été examinés au microscope par lui et le Dr A. Ackl. Ils ont trouvé dans les amygdales un pullulement très vif d'une ou de plusieurs sortes de streptothrix qui se manifeste cliniquement par la présence de bouchons ou d'agglomérations des masses dans les amygdales. Le tableau microscopique de la streptothrix représente un amas de fils fins et plus forts, parfois à seins visibles ; les fils ont l'aspect serpentin et tortueux. Y a-t-il une division, ce n'est pas sûr. Les expériences sur les animaux et la culture ont échoué. Comme symptômes cliniques de l'amygdalite due à la streptothrix il faut noter les douleurs périodiques, les parasthésies, les catarrhes du pharynx et des organes connexes, la sensibilité à la pression et le gonflement léger des amygdales ainsi que des troubles vocaux.

Il s'ensuit souvent des amygdalites aiguës (angina) et des péri-tonsillites.

La thérapeutique consiste dans la dissection des amygdales et l'élimination des masses de la streptothrix. Le pronostic est favorable.

44. MAX SCHEIER (de Berlin). — **Sur l'architecture du larynx ossifié.** — Etude du larynx à des degrés d'ossification divers. Coupe en sens différents du larynx macéré. — Dans chaque cartilage on constate des systèmes déterminés de trabécules. Dans le cartilage thyroïde deux systèmes s'entrecroisent à angle droit. Dans une

coupe horizontale, on voit, en effet, des travées qui vont de dehors en dedans et d'arrière en avant, coupées par d'autres trabécules dont la direction est d'arrière en avant et de dedans en dehors. Description détaillée de la structure du cartilage thyroïde et de l'os hyoïde.

45. C. CHAUVÉAU (de Paris). — **Paralysie hystérique de la corde vocale gauche, avec parésie concomitante du sterno-mastoïdien et du trapèze du même côté, anesthésie et parésie du voile du palais, troubles de la déglutition et hypersécrétion.** — Femme. 53 ans, ayant eu à 18 ans une paraplégie névropathique ; quelques autres stigmates d'hystérie, notamment des ilots d'analgésie. A la suite d'une déglutition irrégulière, elle est prise subitement des accidents suivants : voix rauque, désagréable et très faible ; parésie très marquée du sterno-mastoïdien et du trapèze à gauche ; nasonnement et régurgitation des aliments par le nez ; hypersécrétion abondante de glaires visqueux. Anesthésie du palais. A l'examen laryngoscopique, corde vocale gauche immobile dans l'abduction. Disparition rapide des accidents en quelques jours.

La parésie du sterno-mastoïdien, du trapèze et du voile, coïncidant avec la paralysie de la corde vocale, semble un fait clinique de plus en faveur du rôle phonateur du spinal.

46. C. CHAUVÉAU. — **Un cas de leucocythémie symptomatique d'un lymphosarcome amygdalien, avec envahissement des quatre amygdales et généralisation aux ganglions.** — C. R... 68 ans. Les amygdales palatines commencent à se développer en mars 1899. Trois mois après, envahissement des ganglions cervicaux, qui se tuméfient rapidement. Dysphagie mécanique légère ; conservation de la santé générale. En janvier 1900, à l'examen : tuméfaction énorme des deux amygdales palatines, hypertrophie considérable de l'amygdale linguale et moins notable de l'amygdale pharyngée, celle-ci amenant de temps à autre l'obstruction de la trompe droite, grosseur énorme des ganglions cervicaux, surtout à l'angle droit de la mâchoire, où ils forment une masse compacte. Les ganglions de l'aisselle et de l'aîne, commencent à se prendre, les ganglions trachéo-bronchiques paraissent indemnes. Pas de leucocythémie ; les lésions anatomiques semblent celles du lymphôme. Santé générale toujours bonne. Six mois après, diminution considérable des amygdales palatines et des ganglions cervicaux ; mais l'amygdale linguale reste volumineuse et se confond, à droite, avec l'amygdale palatine correspondante. Envahissement

de toute la loge amygdalienne droite. L'amygdale pharyngée a peu augmenté de volume. Leucocythémie très nette : 1 globule blanc pour 30 hématies. A un nouvel examen histologique, lymphosarcome. Les ganglions de l'aisselle, de l'aîne et de la fosse iliaque se sont beaucoup développés; les ganglions trachéo-bronchiques paraissent toujours indemnes. La santé générale est encore bonne malgré les fatigues de la profession.

Cette observation est intéressante à cause de l'envahissement des quatre amygdales, de la leucocythémie tardive dans un cas de lymphosarcome, l'extension lente à se produire, aux parties voisines, l'intégrité persistante pendant un an et demi de la santé générale, et enfin la diminution notable de volume survenue dans ces derniers temps, aux amygdales palatines et aux ganglions cervicaux.

47. D'AJUTOLO G. (de Bologne). — **Sur un nouveau tonsillotome.** — Hier j'eus l'honneur de vous parler d'un instrument très simple, aisé à manier, qui peut être employé et stérilisé et servir, non seulement pour nettoyer les fosses nasales et le naso-pharynx et les enduire de pommades, etc., mais aussi pour remplacer la sonde de Bellocq, je veux parler des plumes d'oiseau.

A présent, j'ai l'honneur de vous présenter un autre instrument, très simple, pour enlever les tonsilles palatines — c'est une paire de ciseaux coudés après l'articulation et qui ont des bords coupants dentelés et un peu aigus. Une des branches coupantes est plus longue que l'autre et à son extrémité elle forme un angle presque droit. Sur leur plat les branches ont trois griffes pour maintenir la partie sectionnée.

Ainsi construit, l'instrument sectionne les tonsilles, en les écrasant.

L'instrument — qui (je crois) mérite d'être préféré au tonsillotome de Fahnestock — peut servir aussi du volotome.

48. RUAAULT. — **Contribution au traitement de l'hypertrophie tonsillaire par morcellement.** — M. Ruault rappelle que le principe de sa méthode d'ablation des tonsilles à l'aide de sa pince emporte-pièce consiste à écraser d'abord les tissus et à ne les réséquer qu'après écrasement. Aussi ses pinces ne sont-elles pas coupantes. Les fabricants vendent aujourd'hui sous son nom des pinces qui sont tranchantes, et non écrasantes; c'est une erreur qu'il tient à répudier absolument. Dans certains cas, d'ailleurs, l'écrasement simple d'une amygdale pédiculée entre les mors d'une

puissante pince plate suffit à faire disparaître la glande par compression ; et on pourrait au besoin faire de ce procédé une méthode spéciale, qu'on nommerait amygdalothripsie.

10^e ET DERNIÈRE SÉANCE. — *Jeudi, 3 août, 9 heures.*

Président d'honneur : BOTEY (de Barcelone).

49. A. ONODI (de Budapest). — **L'anosmie** (résumé du rapport). — Les cellules nerveuses périphériques de la muqueuse de la région olfactive sont en relation avec le bulbe olfactif au moyen des nerfs olfactifs dépourvus de myéline ; le bulbe olfactif lui-même est en rapport avec le cerveau au moyen de la bandelette olfactive. La racine latérale de la bandelette olfactive se termine dans le crochet de la circonvolution de l'hippocampe, quelques fibres se perdent dans le lobe temporal ; la racine médiane de la bandelette olfactive se termine dans la circonvolution du corps calleux, une partie des fibres va à la commissure antérieure, de là la plus grande partie des fibres se porte vers la partie inférieure du noyau lenticulaire, entre le putamen et le globus pallidus et se perd dans le lobe temporal ; la plus petite partie se porte vers la région de la capsule interne, et se termine dans la couche optique. Les fibres commissurales contiennent aussi des voies croisées. La localisation centrale terminale dans l'écorce comprend la circonvolution de l'hippocampe, le crochet de la circonvolution de l'hippocampe, et la partie antérieure de la circonvolution du corps calleux. Les centres olfactifs sont reliés aux centres corticaux du trijumeau et du glossopharyngien, au moyen de voies associées. Les résultats des recherches anatomiques et histologiques ne sont malheureusement corroborés que par un très petit nombre de faits cliniques et anatomo-pathologiques. La plupart des observations cliniques et des résultats d'autopsie se rapportent à l'étage antérieur de la base crânienne, à des lésions et à des modifications pathologiques du bulbe et de la bandelette olfactive. Les observations nécropsiques sont remarquablement rares, c'est-à-dire isolées, dans lesquelles, après une anosmie avérée, on a constaté des modifications dans le cerveau et dans l'écorce. De plus, les rares faits anatomo-pathologiques ne montrent pas de petits foyers isolés, qui permettent de conclure avec

précision à la détermination d'un centre olfactif dans le cerveau. Les recherches faites dans le tabes cérébral ont montré de l'atrophie des racines du bulbe olfactif, des nerfs olfactifs et une destruction des fibres dans les centres olfactifs déterminés anatomiquement et histologiquement. Dans les tumeurs du cervelet et du cerveau, on a aussi observé l'atrophie des nerfs olfactifs et on l'a considéré, d'une part, comme une lésion secondaire à la pression dans la cavité crânienne ; d'autre part, à une inflammation de la pie-mère. Dans le cas de paralysie progressive, on a constaté la destruction de fibres nerveuses dans le crochet de la circonvolution de l'hippocampe, et dans la circonvolution de l'hippocampe. Ainsi Schäffer et Frey, dans un cas d'anosmie, ont constaté de l'atrophie de la bandelette olfactive et une destruction de nombreuses fibres dans le crochet de la circonvolution de l'hippocampe et dans la corne d'Ammon. Dans un cas de cacosmie, on constata une tumeur de la circonvolution de l'hippocampe. On a signalé des hallucinations de l'odorat dans des tumeurs du crochet de la circonvolution de l'hippocampe, et de la circonvolution du corps calleux, de plus des anosmies dans des cas d'hémorrhagies, d'embolies, et de lésions du lobe temporal. Dans un cas il y avait aphasie, hémiplegie droite et anosmie croisée. Nous voyons que nos connaissances sur les nerfs olfactifs et leurs centres sur le trajet de leurs fibres sont peu complétées par le côté anatomo-pathologique. Le peu de faits que nous possédons permet cependant de constater la concordance avec les résultats anatomo-pathologiques, et de conclure avec vraisemblance que chez l'homme le centre olfactif doit être cherché dans la circonvolution de l'hippocampe et dans le crochet de cette même circonvolution. L'expérience clinique montre que des lésions dans le domaine du trajet indiqué peuvent produire des troubles et la perte du sens de l'odorat, qu'il y a un entre-croisement partiel des fibres olfactives dans le cerveau, et qu'il y a une association entre les centres olfactifs de la région corticale du trijumeau.

Après ces considérations, nous allons étudier les conditions étiologiques et essayer d'établir une classification des formes cliniques de l'anosmie. Dans un premier groupe nous rangerons les anosmies accompagnées de modifications pathologiques dans le domaine du sens de l'olfaction, ou d'influences nocives constatées sur ces régions ; dans le second groupe rentreront les formes dans lesquelles aucune modification n'a pu être démontrée, ni même soupçonnée et que l'on peut rapporter soit à un obstacle mécanique de la respiration nasale, soit à un trouble fonctionnel, à un

destructeur fonctionnel du sens de l'odorat. Nous divisons l'anosmie en : 1^o *anosmie essentielle ou vraie* (relativement aux territoires olfactifs atteints, celle-ci peut être *centrale ou périphérique*) ; 2^o *anosmie mécanique ou respiratoire* ; 3^o *anosmie fonctionnelle*.

Parmi les conditions étiologiques de l'anosmie vraie périphérique, on trouve, dus à des causes diverses, soit une inflammation du domaine olfactif périphérique, laquelle conduit à une névrite olfactive, soit un processus atrophique des nerfs olfactifs. Il peut se produire des inflammations dans la région olfactive périphérique, à l'exclusion d'inflammation de la muqueuse nasale, et cela à la suite de l'influenza ; elles peuvent être passagères ou dégénérer en atrophie. Des modifications syphilitiques des polypes très haut placés, latentes et récidivantes, ainsi que l'ethmoidite chronique, peuvent produire des modifications pathologiques dans la région olfactive périphérique. De même l'atrophie de la muqueuse dans l'ozène peut retentir sur les organes olfactifs périphériques, et enfin il peut se produire une atrophie sénile ; mais il est vraisemblable que celle-ci est surtout d'origine centrale. En ce qui concerne l'anosmie centrale vraie, nous pouvons ajouter aux modifications constatées dans les autopsies toutes les causes agissant sur le système nerveux central : les tumeurs du cerveau dans la fosse antérieure de la base du crâne, les foyers de sclérose, d'embolie, d'hémorragie, la syringomyélie, le tabes cérébral, la paralysie progressive, l'atrophie sénile, en outre les lésions qui intéressent directement le bulbe et la bandelette olfactive, comme la méningite cérébro-spinale, les lésions syphilitiques et tuberculeuses, les traumatismes avec contusions et déchirures des nerfs olfactifs, du bulbe et des bandelettes olfactives. Nous y comprenons les diverses intoxications par le tabac, la cocaïne, le mercure, le plomb, la morphine, l'atropine, le sulfure de carbone, le surmenage et la fatigue du sens olfactif. Parmi les substances toxiques que nous venons de nommer, les gaz irritants, la cocaïne, la fumée de tabac ont une action nocive locale sur les organes olfactifs périphériques. Là se rangent les actions toxiques consécutives à l'influenza, la septicémie et l'érysipèle. En outre les anosmies congénitales ayant comme substratum un développement incomplet ou l'absence de bulbe, de bandelette olfactive et de centres olfactifs corticaux. En outre, l'atrophie pigmentaire, comme lésion embryonnaire, et qui probablement s'étend aux cellules ganglionnaires des centres olfactifs.

Quant à l'anosmie mécanique ou respiratoire, il y a diverses causes déterminant un obstacle à la respiration nasale, savoir :

atrésie congénitale des orifices nasaux, étroitesse, synéchies acquises, asymétries diverses du squelette nasal, déviation de la cloison, tumeurs des fosses nasales, en particulier polypes, gonflement inflammatoire, hypertrophies des cornets, corps étrangers.

Pour ce qui concerne l'anosmie fonctionnelle, la base habituelle est l'hystérie. Nous avons aussi des actions à distance, des influences réflexes, comme dans l'ovariotomie, dans la menstruation, la cautérisation du cornet inférieur, l'extirpation du ganglion de Gasser. C'est ici que se range l'anosmie intermittente, sans lésion apparente. L'anosmie survenant en même temps que du psoriasis buccal, et disparaissant avec la guérison de celui-ci, ne peut être considérée que comme une lacune fonctionnelle.

Les anosmies de causes diverses sont souvent précédées d'hallucinations de l'olfaction, parosmies diverses, cacosmies.

Cet exposé nous montre les innombrables causes de l'anosmie, l'insuffisance de nos connaissances, le grand nombre de questions auxquelles, faute de base certaine, nous ne pouvons pas donner de réponse ou d'explication approximative. Au moyen d'observations cliniques précises, de recherches anatomo-pathologiques nous devons combler cette grosse lacune.

50. CAMILLE SAVOIRE.— **Communication sur le traitement des pharyngites chroniques.** — La difficulté qu'ont rencontrée tous ceux qui se sont occupés du traitement des pharyngites chroniques provient de ce que les badigeonnages, les pulvérisations avec des solutions, des poudres médicamenteuses, les cautérisations chimiques ou physiques ne sauraient atteindre tous les replis de la muqueuse malade. Aussi croyons-nous devoir exposer un mode de traitement consistant dans l'emploi d'antiseptiques facilement volatiles, qui, depuis 3 ans, nous a donné dans notre clientèle privée un grand nombre de guérisons.

Après avoir remédié aux lésions nasales d'ordre mécanique (qui sont la cause la plus fréquente des pharyngites) par des traitements médicaux ou chirurgicaux appropriés, rétablissant dans la plus large mesure possible la perméabilité nasale, nous instituons le traitement suivant :

1° Lavages du naso-pharynx, au moyen d'une de nos deux sondes — nasale antérieure ou nasale postérieure suivant la tolérance des malades — pour enlever, matin et soir, les mucosités qui s'accumulent dans la cavité naso-pharyngienne, avec 1/2 litre de solution de phénosalyl à 1 %.

2° Le lavage est suivi d'une inhalation nasale de 4 à 5 minutes de durée avec une cuillerée à café de la solution suivante :

Formol.	10 gr.
Menthol	10 gr.
Goménol	10 gr.
Chloroforme.	10 gr.
Eau de Cologne.	100 gr.

3° Tous les soirs, nous faisons toucher le naso-pharynx avec l'eau des deux solutions suivantes :

A) Solution aqueuse saturée de résorcine (15 pour 10)	
B) Menthol.	1 gr.
Teinture d'iode	5 gr.
Glycérine	10 gr.

Ce traitement, nullement douloureux, amène généralement, au bout de quelques semaines, la guérison des affections les plus tenaces.

51. H. CUVILLIER. — **Hypertrophie des amygdales et végétations adénoïdes.** — Le Dr H. Cuvillier, de mars 1892 au 1^{er} janvier 1900, a traité à la clinique de l'hôpital des Enfants. Malades 2783 enfants, dont 1171 filles et 1614 garçons.

Au point de vue de la variété des affections, on trouve 569 hypertrophies simples des amygdales — 1060 végétations adénoïdes simples, — 1156 hypertrophie des amygdales et végétations adénoïdes associées. La prédominance des lésions de l'amygdale pharyngée est donc très accentuée. La moyenne d'âge est entre 5 et 7 ans ; mais les végétations adénoïdes existent même chez les nourrissons.

Les amygdales sont : 1° pédiculées ; 2° enchâtonnées ; 3° lacunaires. Le traitement varie selon les formes.

1° *Pédiculées*, amygdalotomie à froid ou à l'acide galvanique ; 2° *enchâtonnées*, pointes de feu en surface ; ablation par morcellement ; 3° *lacunaires*, dissections à chaud ou à froid — morcellement. — Dans les formes mixtes, on associe les traitements. L'hypertrophie amygdalienne, convenablement traitée, ne récidive pas.

Les végétations adénoïdes évoluent sous trois types cliniques : 1° le type respiratoire ; 2° le type auriculaire ; 3° le type mixte. —

Dans 2019 observations, le type respiratoire seul existe 1214 fois, — le type auriculaire seul 75 fois, — le type mixte 730 fois.

Dès qu'il y a véritablement tumeur adénoïde, le traitement doit être chirurgical. Les complications opératoires sont extrêmement rares. Il n'y a pas de contre-indication, en dehors de l'hémophilie nettement caractérisée. Il faut opérer, quel que soit l'âge de l'enfant, dès que les symptômes l'exigent.

Les végétations adénoïdes, radicalement enlevées, ne récidivent pas.

32. M. GEORGES MAHU (de Paris) présente, réunies dans une même boîte, **deux pinces laryngiennes** et différentes armatures qu'on peut fixer sur chacune d'elles — mors de pinces et d'emporte-pièce, bistouris scarificateurs, etc... — et dont la forme peut être variée à l'infini suivant les besoins de l'opérateur. Voir *Annales*, septembre 1899.

33. MOURA. — **L'inhaleur Moura.** — Cet instrument se compose :

1^o D'un embout buccal et nasal en porcelaine, sorte de petite cuvette triangulaire, appelée *Bocalrhine* ;

2^o D'un récipient en forme d'entonnoir, de cloche ou de *chapeau*, pourvu d'un court tuyau d'appel ;

3^o D'un tube coudé qui met en communication le bocalrhine et le chapeau ;

4^o D'un bol ou vase destiné à contenir soit l'infusion *bien* *louillante* de plantes aromatiques, fortifiantes ou calmantes, soit une solution médicamenteuse à essences antiseptiques, microbicides ou hygiéniques, prescrite par le médecin.

Avec cet instrument d'une simplicité extrême et parfaite, les personnes les plus inexpertes peuvent faire, à volonté, des inhalations et des fumigations, sans être exposées aux dangers que font courir les nombreux appareils compliqués qui ne fonctionnent qu'au moyen de mécanismes à pression, de souffleries ou de lampes à alcool, à essences.

Le chapeau porte à sa base soit des échancrures, soit des troussés qui permettent à l'air d'entrer et de former un courant ascendant qui entraîne la vapeur chargée d'arômes et d'essences ; cette vapeur sort par le bocalrhine d'elle-même et le malade peut la respirer par la bouche ou par le nez, ou bien par l'un et l'autre à la fois, c'est-à-dire à pleine poitrine.

L'inhaleur en porcelaine permet de faire respirer les substances susceptibles d'attaquer les instruments en métal.

L'action bienfaisante et curative des inhalations sur toutes les affections aiguës et chroniques des *bronches*, du *larynx*, de la *gorge* et du *nez* n'est plus à démontrer ; mais pour obtenir ces bons résultats, il faut que la température de la vapeur respirée soit comprise entre 40 et 65 ou 70 degrés ; l'appareil de la respiration supporte très bien cette forte chaleur et le malade n'en respire que mieux ensuite ; son haleine conserve pendant une ou deux heures l'arôme ou l'essence respirée, ce qui démontre que le principe volatil a pénétré dans la circulation.

Cette température élevée arrête le *travail mycélien* des *bacilles*, *bactéries* et autres *microbes* qui encombrant les parties supérieures (*bouche*, *gorge*, *amygdales*, *nez*), à la façon de la chaleur solaire qui dessèche les plantes et suspend leur végétation. Quelques inhalations suffisent pour dissiper les maux de gorge, angines et amygdalites. La diphthérie elle-même est enrayée plus sûrement qu'avec toute autre médication. Les fausses membranes tombent en deliquium dès le premier jour ; les violentes douleurs disparaissent avec la rougeur inflammatoire et la muqueuse reprend la teinte de l'état normal. L'expulsion des sécrétions et produits morbides se fait sans difficulté.

34. BAUER. — **Mentophor.** — Le mentophor est une fiole ouverte des deux côtés et remplie de menthol, qui est employée avec avantage pour la désinfection de la bouche, de la cavité du gosier et des voies respiratoires.

1. Dans l'état catarrhal du gosier et des voies respiratoires afin de calmer les quintes de toux et les affections catarrhales.

2. Pour faire disparaître la mauvaise odeur de la bouche ainsi que l'odeur du tabac.

3. Contre le dessèchement de la gorge, après avoir parlé longtemps, pour les professeurs, les orateurs, les acteurs, etc., comme rafraîchissement pour les touristes, velocipédistes, etc.

Mode d'emploi. — L'ouverture supérieure sert pour l'inhalation par la bouche, en introduisant la fiole ouverte aux deux côtés, entre les lèvres fermées et en aspirant lentement et profondément. L'ouverture inférieure sert pour le nez, en tenant la fiole sous les narines et avec la bouche fermée.

55. RICARDO BOTÉY (Barcelone). — **Quelques mots sur mes nouvelles canules de trachéotomie.** — (Paraîtra *in-extenso*).

56. A. COURTADE. — **Présentation d'instruments.** — *Spéculum*

d'oreille pour les cas d'abcès du conduit auditif. — Ce spéculum est constitué par un spéculum ordinaire dont une moitié est enlevée suivant son grand axe; le demi-cylindre qui reste permet d'embrasser la saillie du furoncle et d'en faire l'incision sans crainte de blesser la paroi opposée.

Canule pour lavages de la caisse du tympan. — La canule que je présente est absolument rectiligne et fournit cependant un ou plusieurs jets verticaux. Si, dans le cours du lavage, le malade se retire brusquement, la sonde sort de la caisse sans accrocher le tympan comme cela a lieu avec les canules coudées (sonde d'Hartmann).

Grâce à son faible diamètre et à sa facile introduction, j'ai pu pratiquer immédiatement, après la paracentèse, un lavage de la caisse du tympan et en ai obtenu de bons résultats.

Spéculum du nez. — Les deux valves sont réunies à charnière et s'ouvrent comme un livre; il porte deux branches, comme le spéculum vaginal, ce qui permet de l'ouvrir d'une seule main. Il donne beaucoup de jour et rend l'inspection de la cloison des plus faciles.

Fixateur des spéculums du nez et des oreilles. — Dans le cours des interventions du côté des fosses nasales, on est obligé d'enlever fréquemment le spéculum et de le replacer.

Le fixateur que je présente maintient en place le spéculum pendant toute la durée de l'opération.

Au ressort qui embrasse la tête d'avant en arrière, on peut fixer soit la pince du nez, soit la pince qui fixe le spéculum d'oreille.

Abaisse-langue à contre-pression. — On éprouve parfois de grandes difficultés à maintenir abaissée et fixe la langue du malade avec les abaisse-langue ordinaires. Outre la palette qui déprime la langue, mon instrument présente un croissant qui vient presser contre le maxillaire inférieur quand on appuie sur un levier avec le pouce, de sorte que la langue est solidement contenue et pressée contre le plancher de la bouche.

Les interventions dans le pharynx et les examens de cette région sont ainsi considérablement facilités.

Pincettes à dilatation du larynx. — Les dilatateurs du larynx employés jusqu'ici, dilatent la glotte suivant une forme circulaire, ce qui est illogique, tandis que l'extrémité des pincettes que je présente s'ouvre angulairement comme un livre, c'est-à-dire suivant la forme de la glotte.

On peut ainsi obtenir, avec un seul instrument, tous les degrés

de dilatation que l'on désire. Il y a plusieurs modèles de pinces qui ne diffèrent que par la forme des cuilliers.

Manche de galvano-cautère à rhéostat. — Quand on serre l'anse galvano-caustique, la résistance diminue, le métal s'échauffe davantage et finit par brûler. Il fallait obtenir une constance dans la résistance ; pour cela j'ai interposé un rhéostat que le courant est obligé de parcourir avant d'arriver au fil métallique ; à mesure qu'on serre l'anse, la longueur de rhéostat interposée augmente, de sorte que le fil reste toujours à la température convenable sans se rompre par brûlure.

Le rhéostat constitué par un fil de maillechort d'un certain diamètre peut être facilement enlevé et remplacé par un autre rhéostat d'une résistance différente ; ce rhéostat placé sur la face latérale gauche du manche, dans un encadrement, n'est maintenu que par deux vis.

Il ne faut pas oublier que si on serre l'anse à vide, le fil brûlera malgré la présence du rhéostat ; mais il n'en est plus de même si le fil est serré seulement quand il embrasse une tumeur, ce qui augmente très notablement sa résistance.

ANALYSES

I. — LARYNX ET TRACHÉE

Congestions laryngées d'origine nasale, par JOAL (*Rev. hebdomadaire de laryng.*, 11 avril 1898).

L'auteur insiste sur les troubles hyperémiques et passagers, dont le larynx est atteint souvent ; véritable fluxion vocale, dont l'irritation de la muqueuse nasale, par intermédiaire de l'olfactif ou du trijumeau, est nettement le point de départ. Savoir faire ce diagnostic a donc une importance pratique considérable ; il faut y bien songer dans toutes les congestions laryngées à répétition.

D^r RIPAULT.

Laryngite membraneuse avec hyperpyrexie déterminée par le poison de la malaria, par C. H. WORRALL (*Lancet*, 29 octobre 1898).

Ce cas concerne une laryngite « membraneuse simple », absolument distincte de la diphthérie laryngée. Toutefois la membrane

ne fut pas examinée au point de vue bactériologique et on ne nota pas l'absence ou la présence de symptômes permettant d'établir le diagnostic d'une façon péremptoire. Environ 24 heures après que la trachéotomie eut amené du soulagement, la température monta à 108,9, l'enfant perdit connaissance et mourut en quelques heures. Pas d'autopsie.

SAINT-CLAIR-THOMSON.

Un cas de laryngite membraneuse aiguë chez un enfant ayant nécessité la trachéotomie et le tubage. Guérison, par SAINSBURY (*Lancet*, 8 octobre 1898).

Enfant reçu à l'hôpital pour une obstruction laryngée. Pas de membrane dans la gorge et une culture faite avec des produits du pharynx fournit un résultat négatif quant aux bacilles de Klebs-Löffler. La respiration devient si pénible qu'on pratique la trachéotomie. Les efforts faits ultérieurement pour retirer la canule échouèrent en présence d'une violente dyspnée qu'on enraya en introduisant pendant 12 heures un tube d'O'Dwyer.

Ce cas sert de pendant à l'observation analogue publiée le 13 août dans la *Lancet*. Ainsi l'absence du bacille diphthérique n'est pas une preuve certaine que cette affection n'existe pas, ces examens ayant été nombreux et soignés, nous pouvons dire que selon toute probabilité on n'avait pas affaire à la diphthérie. Théoriquement, il n'est pas impossible qu'une inflammation d'origine streptococcique soit accompagnée d'un exsudat membraneux ; il suffit que l'inflammation soit assez étendue pour donner lieu, non à proprement parler à un exsudat *séreux*, mais à une exsudation pouvant se coaguler. Dans le cas d'inflammation des membranes séreuses, le degré de coagulation est très variable. Il y aurait beaucoup à dire en faveur de l'existence d'une laryngite membraneuse non due au bacille de Löffler, mais ce fait ne peut être prouvé que par des observations bien prises et suivies d'examens bactériologiques.

Le cas de S. offre un ou deux points fort intéressants. Au premier abord, il semblerait que ce fût un cas de laryngite membraneuse non diphthérique évoluant indépendamment de toute lésion directe de la région, comme par une brûlure ou toute autre forme d'irritation mécanico-chimique. On pourra invoquer en faveur de ces conclusions : 1° les résultats négatifs des *cultures* et l'examen négatif direct de la membrane rejetée ; 2° l'absence d'albumine dans les urines ; 3° l'absence de paralysie consécutive ; 4° le fait qu'on n'a pas observé de contagion. Il s'agissait probablement

d'une laryngite membraneuse non diphthérique admise par beaucoup d'auteurs, parmi lesquels Fagge, repoussée par d'autres et qui, en tout cas, se rencontre fort rarement. Enfin cette observation est intéressante au point de vue de la guérison rapide obtenue par le tubage dans un cas où souvent il est si malaisé d'enlever la canule après la trachéotomie. Ce n'est pas le lieu de discuter ici les mérites respectifs de l'intubation et de la trachéotomie, on a simplement voulu démontrer la valeur du tubage associé à la trachéotomie. Pour démontrer que l'affection n'était pas diphthérique, nous citerons le caractère inoffensif de 8000 unités d'antitoxine diphthérique.

SAINT-CLAIR-THOMSON.

Urticaire chronique du larynx, par FREUDENTHAL (*New-York Med. Journal*, 31 déc. 1898).

L'urticaire aiguë du larynx n'est pas très rare ; elle s'accompagne trop souvent d'asphyxie et de dyspnée. L'urticaire chronique du larynx dont Freudenthal rapporte une observation est, au contraire, rarissime. L'éruption laryngée coïncidait avec les périodes d'éruption cutanée, apparaissant et disparaissant avec celle-ci. Les troubles dyspeptiques jouaient un grand rôle ainsi que les écarts de régime sur les deux éruptions. Localement, le principal symptôme était une sensation de corps étranger. L'aspect de l'éruption était très variable, saillies herpétoïdes, nodosités œdémateuses, gonflement violacé, gonflement pâle. La sensation de cuisson intralaryngée était faible. Elle devint plus forte quand le malade vit qu'il avait de l'urticaire laryngée et connut la nature de l'affection. Sur la plaque d'urticaire existait de la paresthésie ; les attouchements avec une solution d'acide lactique à 50 % n'étaient pas perçus. Le traitement général parut, bien plus que les topiques locaux, exercer une influence sur la maladie.

A. F. PLICQUE.

Ulcérations mixtes du larynx, par SMITH (*New-York Med. Journal*, 11 février 1899).

Smith rapporte un cas de tuberculose laryngée associée à la syphilis chez un jeune homme de 23 ans. Un premier traitement avait donné une cicatrisation rapide des ulcérations. Malheureusement le malade interrompit le traitement beaucoup trop tôt. Une rechute survint au bout de deux ans. L'acide lactique et la glycérine employés comme topiques locaux, concurremment avec l'iodure et le mercure à l'intérieur, parurent agir sur les ulcéra-

tions. Mais le malade alla s'affaiblissant. Il mourut subitement une nuit.

S. a rencontré d'autres faits de mort subite dans les ulcérations hybrides du larynx. Il croit que ces faits doivent entrer en ligne de compte pour réserver le pronostic, même quand l'état général semble satisfaisant.

A. F. PLICQUE.

Deux cas de brûlure accidentelle du larynx par des poisons caustiques, par COURTADE (*Arch. internat. de laryng.*, juillet-août 1899).

OBSERVATION I. — Femme de 22 ans, absorbe du sublimé en poudre. Sensation immédiate de brûlure dans la gorge, dysphagie. Quelques heures plus tard enrouement.

Examen local 4 jours après l'accident : Lésions de brûlures sur la partie postérieure de la langue, les amygdales et les piliers. Épiglote normale ; repli ary-épiglottique gauche, très tuméfié, recouvre et cache la bande ventriculaire correspondant, sauf pendant la phonation ; au niveau du cartilage de Santorini et sur la face supérieure de ce repli on aperçoit une plaque d'exsudat, à contour arrondi, régulier, sans rougeur périphérique ni dans le voisinage.

Le repli ary-épiglottique droit, tuméfié, présente deux plaques d'escharre.

Corde vocale gauche normale, droite, légèrement injectée.

obs. II. — Absorption d'ammoniaque par une femme de 35 ans. Troubles de la voix 4 heures plus tard. Examen le 10^e jour de la maladie : pharynx dépouillé de sa couche épidermique. Épiglote rouge, très épaissie ; sur son bord libre, une série d'ampoules blanches, à contours nettement limités et serties par une zone rouge ; replis aryténo-épiglottiques simplement injectés et infiltrés. Le reste du larynx n'est pas visible.

L. EGGER.

Un cas de mycosis du larynx, par A. A. GRAY (Communication faite à la Société médico-chir. de Glasgow, 16 déc. 1898. *Glasgow med. journ.*, 1899, p. 204).

Homme de 32 ans, jouissant d'un bon état général, se plaint d'un enrouement qui dure depuis plusieurs années, de sécheresse dans la gorge et de fatigue rapide de la voix. On trouve le pharynx rouge, la moitié gauche du larynx rouge, tuméfiée, portant une ulcération arrondie, grisâtre au niveau du cartilage aryté-

noïde, la corde vocale gauche immobile, tandis que la moitié droite du larynx apparait normale. En somme, l'aspect était celui d'une laryngite tuberculeuse, mais aucun autre symptôme ne soutenait ce diagnostic, les poumons étant indemnes, l'état général très bon et la toux absente. L'examen d'une parcelle prise au niveau de l'ulcération montra, en effet, l'absence du bacille de Koch et, par contre, la présence d'une grande quantité de filaments de leptothrix. Au bout de plusieurs mois de traitement par des inhalations de créosote, puis de menthol, l'expression mécanique d'une masse de leptothrix du fond de l'ulcération, le microorganisme disparut, l'ulcération guérit, la rougeur et la tuméfaction s'effacèrent si bien que les symptômes subjectifs se trouvèrent réduits à peu de chose. Mais la corde vocale resta immobile. L'auteur pense que cette ankylose devait être ancienne, indépendante du mycosis. Cette observation est remarquable par ce fait que le larynx était seul atteint, tandis que le naso-pharynx l'a été simultanément dans les cas publiés jusqu'ici.

M. N. W.

Accidents laryngés mortels au cours du traitement ioduré antisyphilitique, par H. BRICE (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, janvier 1898).

C'est l'observation d'un malade âgé de 40 ans, soumis au traitement mixte pour une tumeur volumineuse de la cuisse gauche (gomme). On lui donna 3 à 5 grammes d'iodeure par jour. La tumeur de la cuisse diminua assez rapidement. Au bout de trois semaines, sans accidents laryngés antérieurs, le malade fut pris dans la nuit d'un violent accès de suffocation. Nouvel accès le lendemain, qui entraîna la mort avant qu'on pût intervenir. A l'autopsie, œdème énorme de toute la partie supérieure du larynx. Il faut écarter l'hypothèse d'œdème d'origine syphilitique ou d'une lésion tuberculeuse aiguë. Il s'agit vraisemblablement d'œdème laryngé iodique. L'auteur recommande de pratiquer immédiatement l'examen du larynx chez tout syphilitique et surtout chez un syphilitique traité, dès qu'apparaissent des accidents d'origine laryngée. En cas de lésions visibles notables, recourir aussitôt à la trachéotomie qui, dans tous les cas, ne peut être qu'utile au malade.

E. L.

Un cas de complication laryngée au cours d'une fièvre typhoïde, par G. STERLING (*La Oto-Rino-Laringologia Espanola*, juillet 1898).

Il s'agissait d'un jeune homme de 17 ans atteint de fièvre ty-

phoïde grave. Il fut pris de troubles laryngés qui allèrent progressivement en augmentant, la voix devint aphone et la respiration dyspnéique. Cette dyspnée devint considérable et il existait un véritable tirage.

A l'examen laryngoscopique, les aryténoïdes, les bandes ventriculaires et l'épiglotte offraient une coloration rouge foncé presque vineuse. L'auteur fit des injections intralaryngées d'huile mentholée à 1 pour 30 et prescrivit des pulvérisations d'eau boriquée et des applications de glace.

Sous l'influence de ce traitement, cette laryngite diminua d'intensité.

L'auteur étudie ensuite, d'une manière générale, la question de la laryngite dans la fièvre typhoïde. Il termine en disant que, dans la majorité des cas, la lésion se limite à une inflammation catarrhale de la muqueuse et que les complications de chondrite ou périchondrite sont rares et peuvent, le plus souvent, être évitées par un traitement antiseptique.

H. DU F.

Spasmes laryngés causés par les végétations adénoïdes, par BOUTAI (de Rennes) (*Archives internat. de laryng.*, nov.-déc. 1898).

Observation intéressante d'un enfant de 6 ans, dans laquelle on relève les points suivants :

Apparition brusque de phénomènes spasmodiques à la suite d'une trachéotomie, et seulement un mois après l'intervention chirurgicale et sans cause apparente.

Cessation brusque et pour un certain temps des crises de suffocation, après chaque toucher digital.

Disparition complète de ces crises après ablation des végétations.

L. EGGER.

Spasmes de la glotte chez l'adulte, par HAMILTON STILLSON (*New-York, méd. journ.*, 7 janvier 1899).

S. rapporte 2 cas de spasme de la glotte chez l'adulte. Le premier, malgré la coexistence de lésions nasales, semblait dû au tabes. Le second paraissait dû uniquement à l'hypertrophie des cornets inférieurs et cessa par l'ablation des cornets. S. à propos de ces 2 cas relève l'importance et l'exactitude de la loi de Bosworth. Les spasmes de la glotte chez l'adulte quand ils surviennent le jour, et surtout quand ils s'accompagnent de parésie ou de paralysie des muscles abducteurs, indiquent une lésion ner-

veuse centrale. Les spasmes qui surviennent la nuit et qui ne s'accompagnent d'aucun trouble dans le fonctionnement des abducteurs sont d'origine purement réflexe.

A. F. FLICQUE.

Des spasmes du larynx nécessitant une intervention prolongée (tubage ou trachéotomie), par A. SEVESTRE (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 23 mars 1899).

Sevestre semble disposé à adopter à ce point de vue les opinions de Richardière. Sa présentation n'est donc qu'une dissertation assez intéressante appuyée sur des faits cliniques très divers, aussi les indications qu'il préconise sont-elles un peu différentes en raison de la multiplicité des cas exceptionnels. Un grand nombre de causes président à l'irrégularité de ces faits : le nervosisme est l'élément le plus favorable et le plus facile à soigner avec succès. La rougeole, le streptococcisme, sont des causes d'irrégularités pouvant devenir fort alarmantes ; le dernier surtout peut aggraver sensiblement le pronostic.

Les ulcérations laryngées, en particulier dans la tuberculose, jouent parfois un rôle très insidieux et sont susceptibles de causer des accidents au cours de la maladie.

En somme, le traitement de ces divers cas est des plus variable ; l'auteur recommande quelques précautions au sujet du mode d'emploi des tubes ; il n'est pas très partisan de l'usage des tubes en ébonite, à la surface desquels ne se trouve rien de révélateur et dont l'emploi est sujet à caution.

Il est quelquefois nécessaire de remplacer le tubage par la trachéotomie, à condition qu'il n'existe pas de craintes de complications respiratoires.

A. G.

Pathogénie et traitement des spasmes du larynx nécessitant l'intubation prolongée, par H. RICHARDIÈRE (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 9 février 1899).

Etude très intéressante sur le tubage de la glotte dans la diphthérie et des cas de suffocation qui surviennent après le détubage. L'auteur a observé 20 à 25 fois des accidents à la suite du retrait du tube. A côté de ces cas, R. en a vu des centaines d'autres sans l'ombre d'accidents ; il commence d'abord par y établir la durée du tubage, qui ne doit pas dépasser trois jours ; c'est la moyenne habituelle.

L'anatomie pathologique des cas ayant nécessité le tubage est

constituée par les altérations pulmonaires le plus souvent, et par des lésions laryngiennes dont les plus graves siègent dans l'espace sous-glottique, ces lésions peuvent aller jusqu'à la gangrène.

La symptomatologie de cet état spasmodique du larynx peut affecter deux formes : l'une primitive et l'autre secondaire. Dans la première, l'état nerveux domine ; dans la seconde on a affaire à des ulcérations ne provoquant que tardivement des accidents nerveux.

Le pronostic de ces états spasmodiques prolongeant la durée de l'intubation est grave ; sur vingt-et-un malades, treize ont succombé. Le dénouement fatal est surtout causé par les lésions broncho-pulmonaires qui aggravent les spasmes.

La trachéotomie dut quelquefois être pratiquée en raison des accès de dyspnée continuels apparaissant après le débubage.

Le pronostic de la seconde catégorie est plus grave que celui de la première, sans compter qu'il est encore aggravé par les altérations pulmonaires.

R. a employé plusieurs fois la codéine, comme Variot, et même le chloral à hautes doses. Le médicament était absorbé une demi-heure avant le débubage, on continuait à s'en servir pendant 24 heures. Le chloral a fourni dans quelques cas des résultats efficaces.

A l'exemple d'O'Dwyer, l'auteur a encore introduit des tubes d'un calibre plus gros, et il lui a semblé que l'usage des tubes en ébonite était parfois préférable. Un allongement des tubes laryngiens a été également utile dans certains cas, cette élongation ayant pour effet de dépasser la zone des ulcérations.

En somme, ce travail nous offre des considérations pratiques minutieuses, d'un réel intérêt pour expliquer les accidents sérieux survenant quelquefois au cours de la convalescence.

A. G.

Contribution à la question de la paralysie dite du crico-aryténoïdien postérieur (Posticuslähmung), par le Prof. KRAUSE (Archiv. f. Anat. u. Physiol., 1899, p. 77).

L'auteur, qui est arrivé en 1882 à la théorie de la contracture réflexe pour expliquer la position médiane de la corde vocale, a fait une série de nouvelles expériences pour vérifier les conclusions contraires d'autres chercheurs ; il est arrivé ainsi à se ranger en grande partie à l'avis de Grossmann : l'adduction de la corde vocale, après la paralysie du nerf laryngé inférieur par

compression soit par section, est due à l'action persistante du m. crico-thyroïdien. Au début de la paralysie on observe une adduction complète, tandis que l'abduction est limitée, c'est encore à la synergie du crico-thyroïdien et des adducteurs affaiblis qu'est due l'adduction. Lorsque tous les muscles antagonistes et synergiques du crico-thyroïdien ont cessé d'agir, ce dernier finit par se paralyser également, ainsi que l'a démontré Grossmann.

M. N. W.

Lésion en foyer de la capsule interne. Paralysie laryngée. Syndrome de Weber, par DIDE et WEILL (*Presse méd.*, 12 juillet 1899).

Cette observation très intéressante doit être lue en entier; en voici le résumé : Syndrome de Weber, avec paralysie du larynx du côté opposé à la lésion. Ramollissement de la partie antérieure de la couche optique, intéressant la capsule interne en arrière du genou et se prolongeant en bas jusqu'au pédoncule cérébral du même côté.

L'auteur en conclut :

1° Que les fibres laryngées intra-corticales passent dans la capsule interne au voisinage du genou, à la partie antérieure du bras postérieur.

2° Que la paralysie laryngée accompagnant le syndrome de Weber paraît être en rapport avec une lésion de la partie antérieure du pédoncule cérébral.

L. EGGER.

De l'éversion ventriculaire, par NOAK (*Rev. hebdomadaire de laryng.*, 29 octobre 98).

Les conclusions de l'auteur sont :

Que l'éversion spontanée est impossible par l'adhérence naturelle de la muqueuse avec la corde vocale et la paroi thyroïdienne; que l'inflammation aiguë de la muqueuse ventriculaire peut simuler une éversion; que l'éversion est due à la présence d'une tumeur de la muqueuse, laquelle est atteinte d'inflammation; l'examen histologique permet seul de faire un diagnostic précis.

D^r RIPAUT.

Un cas de contagion de la tuberculose; début laryngé, puis généralisation, par J. BOULAI (*Arch. internat. de laryng.*, janv. fév. 1899).

Observation détaillée intéressante à plus d'un point de vue. A

noter particulièrement une série de crises de parésie portant sur les muscles qui relèvent du domaine du plexus cervico-bronchial et que l'auteur tend à attribuer à une localisation méningée d'ordre tuberculeux.

L. EGGER.

A propos d'un cas de sténose hypoglottique par gomme syphilitique, par A. DAMIENO (*Archivii ital. di laringologia*, 1897, fasc. 3).

A propos d'une observation de sténose du larynx due à une gomme syphilitique, l'auteur fait un examen critique de la valeur de l'intubation. Il conclut ainsi :

1^o L'intubation doit remplacer la trachéotomie dans tous les cas de sténoses aiguës chez les enfants, quel que soit l'âge, excepté dans des cas très rares.

2^o L'intubation chez les adultes peut remplacer la trachéotomie dans les sténoses aiguës et chroniques supra-glottiques ou sous-glottiques, pourvu que les conditions nécessaires au passage du tube et à son maintien existent, et qu'il ne s'agisse pas d'affection inguérissable.

3^o L'intubation sera le meilleur moyen pour permettre l'ablation de la canule chez les trachéotomisés, après avoir créé ou élargi le passage avec les cathéter et les sondes de Schrötter.

H. DU F.

Fracture directe du larynx, sténose, dilatation, guérison, par BOULAI de Rennes (*Arch. internat. de laryng.*, juillet-août 1899).

Garçon de 15 ans. Chute sur le larynx : Dyspnée, dysphagie consécutives amenant en peu de jours la cachexie.

Examiné deux mois après l'accident, le larynx se montre absolument immobile dans toutes ses parties. Epiglotte tombante et déjetée à gauche ; les aryténoïdes, un peu rouges, paraissent soudés ensemble. Les bandes ventriculaires très œdématisées et violacées recouvrent presque complètement les cordes vocales. L'orifice glottique est de la dimension d'une petite plume d'oie.

La trachéotomie pare aux premiers accidents d'asphyxie. La dilatation progressive a suffisamment amélioré notre malade pour lui permettre, un an et demi après son accident, de se livrer aux travaux des champs qui ne demandent pas un effort prolongé ou violent.

L. EGGER.

Tubage et trachéotomie, par COMBA (*Il Morgagni*, 28 janvier 1899).

Comba a rapporté au Congrès de pédiatrie de Turin les résultats de sa pratique relativement au tubage. Il reconnaît que le tubage est plus rapide, plus inoffensif. Mais la canule trachéale assure un meilleur passage aux mucosités. Cet avantage est capital chez les enfants affaiblis crachant difficilement. Jusqu'à 2 ans, la difficulté de l'expectoration en cas de tubage doit faire préférer la trachéotomie; ce délai sera étendu à 3 ans en cas de rachitisme, plus tard encore en cas de malformation du thorax ou en cas d'engorgement des voies respiratoires inférieures.

A. F. PLICQUE.

Tubage sans surveillance permanente, par ESCAT (*Arch. internat. de laryng.*, mars-avril 1899).

L'auteur entend, sous ce titre, tout tubage pratiqué dans un milieu où l'enfant ne peut être surveillé d'une façon permanente par un aide exercé à la technique de l'intubation. Sur quarante-trois tubages de ce genre, E. a une mortalité de 34,8 %, qu'il oppose au chiffre de 57,6 de M. Variot. Sur les 16 cas de mort, il y en a 3 seulement où l'on pourrait peut-être incriminer la méthode, ou plutôt des fautes commises et facilement évitables.

E. pratique le tubage dès que le tirage est devenu menaçant et jusqu'à la période ultime d'asphyxie. Il se sert aussi bien des tubes longs d'O'Dwyer et des tubes courts de Bayeux.

L. EGGER.

De l'intubation du larynx dans la clientèle privée, par JACQUES (de Marseille). — (*Ann. de méd. et chir. infant.*, janvier 1899.)

Il y a-t-il danger à laisser un malade intubé sans surveillance médicale immédiate? C'est une objection que les partisans de la trachéotomie n'ont cessé de faire valoir. En réalité, sur cent quatre-vingt-dix intubations faites en ville et dans les environs, l'auteur n'a jamais observé l'obstruction du tube. D'ailleurs, quand l'obstruction est secondaire et dangereuse, l'enfant fait des efforts pour se débarrasser de l'obstacle. Celui-ci est expulsé et parfois le tube en même temps. Pour faciliter la chute, faire pencher le malade sur le bord du lit, la tête basse. Quand le tube s'obstrue, au moment de l'opération, par refoulement d'une fausse membrane, il suffit de le retirer puis de le remettre avec précaution, en l'introduisant bien verticalement, après avoir huilé

l'extrémité pour faciliter le glissement dans le larynx. Le rejet spontané du tube n'est pas fréquent. L'auteur cite l'observation de deux malades intubés, l'un pour œdème glottique dû à une adénopathie cervicale, l'autre pour tuberculose laryngée et qui ont conservé leur tube quarante jours et quatre semaines. Le tube doit être bien approprié à l'âge du malade. On ne doit pas laisser le fil et il doit être appliqué en occasionnant au malade le moins de fatigue possible.

E. L.

Le tubage dans la clientèle privée, par le Dr E. SCHLESINGER
(*Münch. med. Woch.*, 1899, p. 441.)

En Allemagne, comme en général dans tous les pays d'Europe, le tubage est surtout pratiqué dans les hôpitaux ; en ville, on ne s'y décide que lorsqu'on est assuré d'une surveillance médicale continuelle, tandis qu'en Amérique le tubage est parfaitement appliqué à la clientèle pauvre des villes. L'auteur pense qu'on ferait bien de suivre la pratique américaine ; il n'a eu qu'à s'en louer dans 4 cas de tubage faits dans de mauvaises conditions d'entourage. Il a été amené à intuber et à détuber, chaque petit malade, six à sept fois jusqu'à la guérison définitive, et il a toujours eu largement le temps d'arriver auprès des malades qui avaient expulsé le tube, car, dans ces cas, la respiration reste libre un certain temps (les observations de l'auteur, quoique terminées par la guérison, ne sont néanmoins pas encourageantes quant à l'absence de la surveillance médicale).

M. N. W.

Cinq cents cas de tumeurs laryngées, par le Prof. F. MASSEI
(*Archivii ital. di laringologia*, 1897, fasc. 3.)

L'auteur donne sa statistique portant sur 500 cas de tumeurs du larynx qui se subdivisent ainsi qu'il suit :

Papillomes	183
Fibromes	156
Epithéliomes	67
Kystes	27
Sarcomes	10
Myxomes.	6
Encéphaloïdes	5
Tumeurs amyloïdes.	4
Adénomes	2
Gommes.	2
Tumeurs non déterminées.	38

Au point de vue opératoire, il ne se sert que de la solution de cocaïne saturée préparée extemporanément par le procédé du Prof. Labos de Milan et appliquée directement huit à dix fois de suite.

Il emploie tous les instruments.

Il n'a jamais observé la transformation d'une tumeur bénigne en tumeur maligne.

Dans les cas douteux, il pense que l'opération endo-laryngée est toujours utile.

H. DU F.

Contribution à l'étude des néoplasies osseuses dans la trachée,
par HERMANN V. SCHRÖTTER (*Vien. klin. Woch.*, 1898, p. 414.)

Le Prof. Schrötter a, le premier, attiré l'attention sur les cas d'ossification de la trachée en les interprétant, dès 1874, comme des ecchondroses.

Une femme atteinte de cette affection, âgée actuellement de 71 ans, est observée à la clinique de temps en temps depuis vingt-cinq ans et l'aspect de la trachée, figurée à cette époque, n'a pas varié : les parois antérieure et latérale, la gauche surtout, sont parsemées de petites saillies dures, accumulées au niveau de l'espace compris entre le sixième et le neuvième anneau de la trachée, et plus bas du onzième au treizième anneau. Dans un autre cas, il s'agit d'un homme de 33 ans, qui a souffert, il y a plusieurs années, de maux de gorge et d'une dyspnée surtout nocturne fort pénible ; en 1891, il subit l'ablation d'une petite tumeur de la trachée à la clinique Störk ; on avait parlé de papillome et tous les accidents disparurent après l'opération pendant trois ans. Le Prof. Schrötter le vit en 1894 et porta le diagnostic d'ecchondroses de la trachée ; depuis cette époque, on vit apparaître une série de nodules blancs et durs, tandis que le premier noté allait croissant et devint gros comme un pois, arrondi, saillant dans la trachée à la hauteur du huitième anneau, translucide, parcouru par de fins vaisseaux à la base. Le patient éprouve une certaine gêne respiratoire et une douleur lancinante dans la trachée lorsqu'il tousse ; cet état s'aggrave au cours des trachéites passagères, si bien que le patient consent à l'opération.

L'opération fut exécutée le malade étant assis, le corps penché en avant, la tête baissée, tandis que l'opérateur se tenait à genou. La pince coupante de Schrötter, convenablement recourbée pour s'adapter à la tumeur sur la paroi droite postérieure, réussit à enlever la saillie dès la seconde introduction ; la séparation se

fit avec un craquement très net ; la tumeur mesurait 6 millimètres sur 4 millimètres de large et de haut ; au cours d'autres séances, l'auteur enleva encore plusieurs lamelles dures à la base de la tumeur enlevée primitivement ; il reconnut aussi que l'ossification s'étendait en descendant comme un pont par-dessus les espaces interannulaires. L'examen histologique montra du tissu osseux vrai ; en quelques points, il existait du tissu cartilagineux, point de départ de l'ossification, en d'autres, au contraire, les éléments cellulaires étaient des ostéoblastes.

M. N. W.

Un autre cas de tumeur amyloïde du larynx, par MARTUSCELLI (*Archivii ital. di laring.*, 1897, fasc. 1).

L'auteur a déjà publié un très remarquable travail sur les « Tumeurs amyloïdes du larynx » *Archivii Ital. di laring.*, 1896, fasc. 3).

Il donne ici la relation d'un nouveau cas concernant un étudiant âgé de vingt ans, atteint, depuis plusieurs mois, d'aphonie progressive.

L'examen du larynx montra, sur la corde gauche, une tumeur rosée presque sessile.

Elle fut enlevée par le Prof. Massei.

L'examen histologique, soigneusement pratiqué par l'auteur, montra qu'il s'agissait d'une tumeur amyloïde.

H. DU F.

Epithéliome laryngé, par T. ROSATI (*Gazzetta degli Ospedali*, 12 février 1899).

R. publie 1 cas d'épithéliome laryngé offrant plusieurs particularités cliniques anormales et intéressantes : 1° évolution rapide avec début par la dysphonie ; 2° absence complète d'engorgement ganglionnaire, cette absence faisant penser plutôt à la syphilis ou à la tuberculose qu'au cancer ; 3° existence d'une chondrite et péri-chondrite suppurée ; 4° existence d'une fistule communiquant avec l'intérieur du larynx, ce qui augmentait encore les difficultés du diagnostic ; 5° mort par pleuropneumonie.

A. F. PLICQUE.

Laryngofissure dans les papillomes laryngés, par MASINI (*Académie de médecine de Gênes* (séance du 30 janvier 1899) et *Gazzetta degli Ospedali*, 5 février 1899).

M. rapporte plusieurs cas montrant la valeur de l'opération de la laryngofissure dans les papillomes diffus du larynx. Dans un de ces cas, l'opération avait dû être faite d'urgence. Cette opération est

souvent préférable à l'ablation par les voies naturelles. La guérison est plus rapide. La réintégration fonctionnelle du larynx est toujours parfaite. Les récidives sont rares; quand elles surviennent, elles sont limitées, faciles en général à maîtriser par la voie endolaryngée.

A. F. PLICQUE.

Laryngectomie totale, par FERRI (*Gazetta degli Ospedali*, 22 janvier 1899).

Ferri communique à l'association sanitaire de Milan, 1 cas de laryngectomie totale, malheureusement suivi de mort au deuxième jour. L'opération faite pour un cancer, parut, au début, bien supportée. Puis, surviennent de la tachycardie, de la dyspnée, des accidents ataxo-adyamiques. F. passe en revue les diverses causes de mort après la laryngectomie : 1° hémorrhagie ; 2° infection pyogénique ; 3° pneumonie ; 4° paralysie cardiaque symptomatique ou idiopathique ; 5° anesthésie chloroformique ; 6° choc opératoire. Après avoir discuté chaque cause et, en particulier, une lésion du pneumogastrique, toujours à craindre dans cette région, Ferri est forcé de conclure finalement au choc nerveux. Il rappelle que la tachycardie est possible en pareil cas. Il croit que les divers toniques du cœur doivent avoir la plus large part du traitement.

A. F. PLICQUE.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

AMÉRIQUE

Nez et Sinus.

J. Wright. Remarques sur quelques cas de mycosis du nez et de la gorge (*N.-Y. méd. journ.*, 6 juillet 1895).

D. B. Kyle. Exsudats fibrino-plastiques, avec observations de 2 cas de rhinite fibrino-plastique laminée, comprenant l'examen bactériologique (*N.-Y. méd. journ.*, 6 juillet 1895).

D. N. Dennis. Cas d'empyèmes des sinus frontal et ethmoïdal provoquant des tumeurs de l'orbite (*Arch. of otol.*, vol. XXIV, n° 2, 1895).

J. Dunn. *Aspergillus glaucus* dans le nez humain (*Arch. of otol.*, vol. XXIV, n° 2, 1895).

E. Gruening. Un cas d'empyème des cellules ethmoïdales (*N.-Y. Eye and Ear Infirm. Reports*, janvier 1895).

W. E. Casselberry. Electrolyse pour réduire les éperons de la cloison nasale (17^e Congrès de l'*Amer. lar. Ass.*, Rochester, 17 juin; *N.-Y. méd. journ.*, 31 août 1895).

F. H. Bosworth. I. Mélancolie guérie par une opération intra-nasale. — II. Un cas de suppuration ethmoïdale suivie de l'invasion du sinus sphénoïdal, d'un abcès cérébral et de mort (17^e Congrès de l'Amer. lar. Ass., Rochester, 18 juin; *N.-Y. méd. journ.*, 12 octobre 1895).

J. H. Bryan. Nouvelle contribution à l'étude des suppurations des sinus accessoires, avec observations (17^e Congrès de l'Amer. lar. Ass., Rochester, 18 juin; *N.-Y. méd. journ.*, 12 octobre 1895).

W. K. Simpson. Considération sur les principes les plus importants (17^e Congrès de l'Amer. lar. Ass., Rochester, 18 juin; *N.-Y. méd. journ.*, 14 septembre 1895).

A. B. Trasher. Nécrose du cornet moyen (17^e Congrès de l'Amer. lar. Ass., Rochester, 19 juin; *N.-Y. méd. journ.*, 7 décembre 1895).

J. Wright. Kystes du pharynx nasal et buccal et fibrome papillaire ou papillome vrai de la cloison (17^e Congrès de l'Amer. lar. Ass., Rochester, 19 juin; *N.-Y. méd. journ.*, 7 et 14 décembre 1895).

W. H. Daly. Relation des troubles vaso-moteurs avec les affections des voies aériennes supérieures (17^e Congrès de l'Amer. lar. Ass., Rochester, 19 juin; in *N.-Y. méd. Record*, 20 juillet 1895).

J. B. Richardson. Epistaxis (*N.-Y. méd. Record*, 27 juillet 1895).

W. W. Dees. Spéculum nasal tenant de lui-même (*N.-Y. méd. Record*, 27 juillet 1895).

W. P. Brandegée. Nouvelle pince adénoïdienne (*N.-Y. méd. Record*, 3 août 1895).

W. A. Melick. Quelques affections nasales attaquant secondairement les yeux (*Saint-Louis méd. Review*, 14 septembre 1895).

T. C. Evans. Végétations adénoïdes naso-pharyngiennes (*N.-Y. méd. Record*, 31 août 1895).

J. H. Coulter. Causes des déviations de la cloison (*Mississippi Valley méd. Ass.*; in *N.-Y. méd. Record*, 28 septembre 1895).

F. G. Smith. Traitement palliatif du hayfever (*N.-Y. méd. Record*, 5 octobre 1895).

W. Carr. Empyème de l'antre (*N.-Y. State méd. Ass.*; in *N.-Y. méd. Record*, 28 octobre 1895).

O. B. Douglas. Méthodes modernes de traitement des maladies du nez et de la gorge (*N.-Y. méd. journ.*, 26 octobre 1895).

S. Goldstein. Nouvelle scie pour la cloison nasale (*N.-Y. méd. Record*, 2 novembre 1895).

H. D. Young. Nouvelle scie nasale (*N.-Y. méd. Record*, 2 novembre 1895).

J. Solis Cohen. Hypertrophies lymphoïdes de la voute du pharynx, dites adénoïdes; leur relation avec le catarrhe rhino-pharyngé (*N.-Y. County méd. Ass.*; 21 octobre; in *N.-Y. méd. Record*, 9 novembre 1895).

J. P. Clark. Etat du nez chez les phthisiques (*Boston méd. and Surg. journ.*, 3 octobre 1895).

J. Townsend. Deux cas d'ulcération de la cloison (*Journ. of opht., otol. and lar.*, octobre 1895).

A. W. Palmer. Médication du nez et de la gorge (*Journ. of opht., otol. and lar.*, octobre 1895).

H. L. Armstrong. Nouvelle seringue pour traiter l'épistaxis (*N.-Y. méd. journ.*, 16 novembre 1895).

C. Seiler. Nouvelle méthode opératoire pour les grandes opérations pratiquées dans le nez (*Saint-Louis méd. and Surg. journ.*, décembre 1895).

N. H. Pierce. Observations de syphilis nasale (*N.-Y. méd. journ.*, 30 novembre 1895).

M. D. Lederman. Sarcome nasal; ligature des deux carotides externes; heureux résultats (*N.-Y. méd. Record*, 30 novembre 1895).

W. Freudenthal. Quelques points concernant l'étiologie et le traitement du catarrhe rétro nasal avec remarques sur l'hygiène des organes respiratoires (*Journ. of the Amer. méd. Ass.*, 9 novembre 1895).

W. Freudenthal. Polypes dits hémorrhagiques de la cloison (*Annals of ophth. and otol.*, juillet 1895).

E. Mayer. Déviation de la cloison nasale cartilagineuse (*N.-Y. méd. journ.*, 14 décembre 1895).

A. B. Trasher. Sténose congénitale osseuse du nez (*N.-Y. méd. journ.*, 14 décembre 1895).

J. E. H. Nichols. Quelques causes intra-nasales du mal de tête (*Méd. soc. of the County of N.-Y.*, 25 novembre; in *N.-Y. méd. Record*, 14 décembre 1895).

C. H. Knight. Végétations adénoïdes naso pharyngiennes (*Intern. Clinics*, vol. I, série 4).

B. F. Curtis. Restauration du nez (*N.-Y. Acad. of méd.*, 12 janvier; in *N.-Y. méd. Rec.*, 25 janvier 1896).

J. Girdner. Restauration nasale au moyen du doigt (*N.-Y. Acad. of méd.*, 13 janvier; in *N.-Y. méd. Rec.*, 25 janvier 1896).

Wieth. Opération d'ablation de néoplasmes étendus du naso pharynx, du sinus maxillaire et des maxillaires supérieur et inférieur (*N.-Y. Acad. of méd.*, 13 janvier; in *N.-Y. méd. Rec.*, 25 janvier 1896).

T. F. Rumbold. Une des causes d'obstruction nasale (*Saint-Louis méd. and Surg. journ.*, février 1896).

J. E. Hett. Méthode rapide et rationnelle de réduction des hypertrophies des cornets inférieurs (*N.-Y. méd. journ.*, 8 février 1896).

W. Freudenthal. Rhinosclérome (*N.-Y. méd. journ.*, 1^{er} février 1896).

S. Goldstein. Spéculum nasal tenant de lui-même (*N.-Y. méd. journ.*, 1^{er} février 1896).

C. Mc Burney. Sarcome du naso-pharynx n'ayant pas récidivé trois ans après l'opération (*Pract. soc. of New-York*; in *N.-Y. méd. Record*, 8 février 1896).

Beverley Robinson. Galvano cautère dans le sarcome nasal (*Pract. soc. of New-York*; in *N.-Y. méd. Record*, 8 février 1896).

L. S. Somers. Observation de séparation des cartilages du nez (*N.-Y. méd. journ.*, 15 février 1896).

J. R. Winslow. Rhinite purulente en rapport avec l'empyème chronique des sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux (*Presbyterian Eye Ear and Throat Charity hosp. Reports*, Baltimore, janvier 1896).

T. F. Rumbold. Remarques sur les pulvérisations de vaseline dans le traitement de l'inflammation nasale chronique (*Saint-Louis méd. and Surg. journ.*, mars 1896).

A. Schirman. Un cas de perte totale de l'odorat et du goût (*N.-Y. méd. journ.*, 14 mars 1896).

J. E. Mann. Fibrome naso-pharyngien (*Journ. of ophth., otol. and lar.*, janvier 1896).

A. W. Palmer. Thérapeutique des affections du nez et de la gorge (*Journ. of ophth., otol. and lar.*, janvier 1896).

F. B. Eaton. Quelle conduite devons-nous tenir vis-à-vis d'individus atteints de catarrhe naso-auriculaire (*Saint-Louis méd. and Surg. journ.*, avril 1896).

T. F. Rumbold. Moyens chirurgicaux pour aider au traitement des inflammations nasales chroniques (*Saint-Louis méd. and Surg. journ.*, avril 1896).

E. J. Moure. Maladies du naso pharynx et du pharynx (Extrait du *20th Century Practice*, W. Wood and Co éditeur, New-York, 1896).

E. G. Woodruff. Coryza aiguë et chronique et sa signification chez les enfants (*N.-Y. méd. Record*, 25 avril 1896).

T. F. Rumbold. Sécrétion nasale anormale; ses mauvais effets (*Saint-Louis méd. and Surg. journ.*, mai 1896).

E. Heller. Syphilis du nez, du naso-pharynx et de la gorge (*Philadelphia Polyclinic*, mai 1896).

R. H. Wood. Un cas de restauration du nez détruit par un lupus au moyen de la méthode indienne modifiée (*Méd. press and Circular*, mai 1896).

A. W. Watson. Opération des déviations de la cloison (*Amer. lar. Ass.*, Pittsburgh, 14 mai; *N.-Y. méd. journ.*, 3 octobre 1896).

W. P. Porcher. Traitement de la rhinite atrophique (*Amer. lar. Ass.*, Pittsburgh, 14 mai et *N.-Y. méd. journ.*, 29 août 1896).

E. F. Ingals. Tumeur fibreuse naso-pharyngienne (*Amer. lar. Ass.*, Pittsburgh, 14 mai; *N.-Y. méd. journ.*, 19 septembre 1896).

C. M. Shields. Fibromes naso-pharyngés (*Amer. lar. Ass.*, Pittsburgh, 14 mai; *N.-Y. méd. journ.*, 12 septembre 1896).

E. Mayer. La muqueuse nasale au point de vue des soins à prendre dans les opérations intra-nasales (*N.-Y. méd. journ.*, 16 juin 1896).

G. H. Monks. Opération plastique sur le nez par la méthode de Tagliacozzi (*Boston méd. and Surg. journ.*, 25 juin 1896).

C. P. Grayson. Neurasthénie comme facteur de la fièvre des foins (*University méd Magazine*, juillet 1896).

F. S. Milbury. Nouvelle pince nasale coupante, ou conchotôme (*N.-Y. méd. journ.*, 27 juin 1896).

M. R. Brown. Relation des affections du nez et de la gorge avec les troubles digestifs. Affections aiguës du nez et de la gorge (*Amer. méd. Ass.*, Pittsburgh, 14 mai et *N.-Y. méd. journ.*, 29 août 1896).

T. R. French. Maladies chroniques du nez et de la gorge (*Amer. méd. Ass.*, Pittsburgh, 14 mai 1896).

J. N. Mackenzie. Contribution à l'anatomie pathologique des affections ethmoidales (*Amer. méd. Ass.*, Pittsburgh, 15 mai 1896; *N.-Y. méd. journ.*, 23 janvier 1897).

A. W. Mac Coy. Etude sur l'irruption des dents dans les fosses nasales. Résumé d'observations antérieures et cas nouveaux (*Amer. lar. Ass.*, Pittsburgh, 15 mai; *N.-Y. méd. journ.*, 26 décembre 1896).

A. Cowlidge. Influence de l'hémorrhagie dans certaines opérations sur le nez et la gorge (*Amer. lar. Ass.*, Pittsburgh, 15 mai; *N.-Y. méd. journ.*, 12 décembre 1896).

C. H. Knight. Traitement de la syphilis nasale (*Amer. lar. Ass.*, Pittsburgh, 15 mai; *N.-Y. méd. journ.*, 19 septembre 1896).

A. A. Bliss. Quelques notes sur 2 cas de sarcomes des fosses nasales et des sinus accessoires (*Amer. lar. Ass.*, Pittsburgh, 18 mai; *N.-Y. méd. journ.*, 25 juillet 1896).

W. C. Phillips. Déviation de la cloison nasale. Opération (*Amer. lar., rhin. and otol. Soc. New-York*, 17 avril 1896).

R. C. Myles. Traitement des affections des sinus accessoires du nez (*Amer. lar., rhin. and otol. Soc. New-York*, 17 avril 1896).

C. Seiler. Prophylaxie du catarrhe nasal (*N.-Y. méd. journ.*, 18 juillet 1896).

J. E. Boylan. Sarcome nasal à cellules fuselées (*N.-Y. méd. journ.*, 11 juillet 1896).

W. W. Keen. Trois cas de chirurgie nasale plastique pour des nez recourbés, extirpation totale du nez et nez romain arqué (*Therap. gaz.*, 15 juillet 1896).

J. E. Shadle. Nouveaux serre-nœuds pour les opérations rétro-nasales et intra-nasales (*N.-Y. méd. Record*, 25 juillet 1896).

J. R. Winslow. Contribution à l'étude des affections des sinus du nez (*Journ. of Eye, Ear and Throat Diseases*, juillet 1896).

S. S. Bishop. Heureux résultat du traitement de la fièvre des foins (*The Laryngoscope*, juillet 1896).

J. E. Schadle. Hypertrophie adénoïde post nasale et de l'importance de la reconnaître de bonne heure (*The Laryngoscope*, juillet 1896).

T. F. Rumbold. Remarques sur le danger de la douleur dans l'inflammation chronique du nez, de la gorge et des oreilles (*Saint-Louis méd. and Surg. journ.*, août 1896).

W. E. Casselberry. Electrolyse pour la réduction des épérons de la cloison nasale (*Medicine*, août 1896).

W. Scheppegrell. Emploi du peroxyde d'hydrogène dans les affections du nez, de la gorge et de l'oreille (*N.-Y. méd. Record*, 8 août 1896).

H. S. Straight. Catarrhe apex simulant une affection nasale (*N.-Y. méd. Record*, 8 août 1896).

B. Douglass. Carcinome primitif du cornet inférieur (*N.-Y. méd. Record*, 8 août 1896).

W. Freudenthal. L'hygiène nasale (*N.-Y. méd. journ.*, 1^{er} août 1896).

L. B. Smith et G. Haslam. Fracture de la base du crâne, des deux maxillaires supérieurs, des os du nez, du maxillaire inférieur et de l'os hyoïde. Guérison (*N.-Y. méd. Record*, 12 septembre 1896).

G. Stoker. Traitement des affections du nez et de l'oreille par l'oxygène (*N.-Y. méd. journ.*, 29 août 1896).

H. L. Wagner. Sinusite maxillaire séro-purulente dans le saturnisme chronique (*N.-Y. méd. journ.*, 15 août 1896).

G. M. Black. Sarcome nasal guéri par une opération (*N.-Y. méd. journ.*, 15 août 1896).

W. Scheppegrell. Mort par sarcome nasal (*Laryngoscope*, août 1896).

R. Lévy. Hémorrhagie mortelle du nez et du pharynx d'origine inusitée (*Laryngoscope*, août 1896).

J. A. Stucky. Rhinolithé pesant soixante-seize grains chez un enfant de 10 ans (*Laryngoscope*, août 1896).

T. F. Rumbold. Note supplémentaire sur le traitement de l'inflammation nasale chronique (*Saint-Louis méd and Surg. journ.*, octobre 1896).

W. C. Phillips. Remarques sur les causes et la prophylaxie du catarrhe chronique du nez, de la gorge et de l'oreille chez les jeunes enfants (*Méd. soc. of the County of New-York*; in *N.-Y. méd. Record*, 10 octobre 1896).

J. O. Roe. Etiologie des déviations, crêtes et éperons de la cloison nasale (*N.-Y. méd. journ.*, 10 octobre 1896).

E. Matlack. Deux cas intéressants d'affections nasales (*N.-Y. méd. journ.*, 10 octobre 1896).

F. S. Milbury. Méthodes de diagnostic et de traitement des affections de l'antre d'Highmore (*N.-Y. méd. journ.*, 17 octobre 1896).

F. C. Todd. Observation d'épilepsie d'origine nasale (*Laryngoscope*, octobre 1896).

W. Cheatham. Fièvre des foins; le meilleur traitement pour rester à la maison (*Laryngoscope*, octobre 1896).

W. J. Freemann. Diphthérie naso-pharyngée (*N.-Y. méd. Record*, 31 octobre 1896).

H. A. Arnold. La fièvre des foins (chayfever) et ses complications (*Méd. and surg. Reporter*, 17 octobre 1896).

A. Rupp. Polypes du nez chez une enfant de 4 semaines (*N.-Y. méd. Record*, 14 novembre 1896).

F. L. Forker. Opération plastique pour une malformation nasale syphilitique (*N.-Y. méd. Record*, 14 novembre 1896).

C. N. Fox. Quelques effets de l'obstruction nasale chronique (*Brooklyn méd. journ.*, octobre 1896).

W. F. Barclay. Affections du nez et de la gorge chez les enfants (*N.-Y. méd. journ.*, 28 novembre 1896).

R. Seiss. Quelques progrès dans le traitement des rhinites atrophiques (*Med. News*, 28 novembre 1896).

E. L. Vausant. Obstruction nasale (*Philadelphia Polyclinic*, 28 novembre 1896).

F. Goldstein. Serre-nœud nasal modifié (*N.-Y. méd. journ.*, 12 décembre 1896).

F. B. Eaton. Hygiène nasale et auriculaire (*Laryngoscope*, décembre 1896).

N. L. Wilson. Acide urique comme facteur de la production de la fièvre des foins (*N.-Y. méd. journ.*, 26 décembre 1896).

J. North. Pathologie, diagnostic et traitement du catarrhe atrophique (*N.-Y. méd. Record*, 2 janvier 1897).

B. F. Travis. Affections des sinus accessoires du nez (*Intern. Journ. of Surgery*, janvier 1897).

T. C. Christy. Ulcération de la cloison (*N.-Y. méd. journ.*, 2 janvier 1897).

T. P. Berens. Epilepsie guérie par le traitement intra nasal (*Laryngoscope*, janvier 1897).

F. B. Eaton. Notes cliniques rhino otologiques (*Laryngoscope*, janvier 1897).

G. R. Lockwood. Obstruction nasale et signes d'affection cardiaque (*N.-Y. méd. journ.*, 16 janvier 1897).

H. E. Street. Ablation d'un myxo-fibrome naso-pharyngien (*Journ. of opt., otol. and lar.*, janvier 1897).

F. D. Lewis. Le cornet moyen (*Journ. of opt., otol., and lar.*, janvier 1897).

G. Kicer. Hématome nasal (*Laryngoscope*, février 1897).

J. C. Mulhall. Catarrhe nasal purulent des adolescents (*Laryngoscope*, février 1897).

J. Stewart. Nouvelle curette naso-pharyngienne (*N.-Y. méd. Record*, 13 mars 1897).

E. L. Vausant. Résultats de l'examen du mucus nasal dans 100 cas de catarrhe chronique (*Philadelphia polyclinic*, 13 mars 1897).

G. Keyser. Périchondrique nasale (*Laryngoscope*, mars 1897).

A. G. Hobbs. Quelques particularités amusantes des réflexes du nez (*Laryngoscope*, mars 1897).

J. A. Wyeth. Ablation des néoplasmes étendus du naso-pharynx et du sinus maxillaire. Méthode originale (*N.-N. méd. jour.*, 3 avril 1897).

A. Kohn. Deux affections nasales : 1^o chancre primitif; kyste dermoïde (*N.-Y. méd. journ.*, 27 mars 1897).

T. H. Shastid. Eucaïne dans la rhinite atrophique (*N.-Y. méd. Rec.*, 10 avril 1897).

T. Rugh. Occlusion congénitale de la narine droite opérée avec succès (*Philadelphia polyclinic*, 3 avril 1897).

C. H. Knight. Exostoses de la cloison comme cause de rhino-pharyngites chroniques (*Laryngoscope*, avril 1897).

J. A. Stucky. Résection du cornet moyen; cent vingt observations (*Laryngoscope*, avril 1897).

E. W. Heltman. Déviation de la cloison nasale cartilagineuse. Quel support doit-on mettre après l'incision? (*Laryngoscope*, avril 1897).

NOUVELLES

Le XIV^e Congrès international de médecine se réunira à Madrid au printemps de 1903, sous la présidence du Prof. CALLEJA, doyen de la Faculté de médecine de Madrid.

Le Dr GRUNERT, privat-docent et premier assistant de la clinique otologique de Halle a reçu le titre de Prof. à l'Université.

Notre collaborateur et ami, le Dr PUCQUE, vient d'être nommé médecin en chef du sanatorium pour tuberculeux d'Angicourt (Oise), établissement dépendant de l'Administration de l'Assistance publique.

CONGRÈS INTERNATIONAL

POUR L'ÉTUDE DES QUESTIONS D'ÉDUCATION ET D'ASSISTANCE DES SOURDS-MUETS

Paris. 6-7-8 août 1900.

SECTION DES ENTENDANTS

1^o Le Congrès émet le vœu que, dans les écoles existantes, des cours supérieurs soient créés pour l'instruction secondaire, et qu'une sélection soit faite, pour y placer les enfants particulièrement doués.

2^o Le Congrès considérant l'incontestable supériorité de la parole sur les signes pour rendre le sourd-muet à la société et lui donner une plus parfaite connaissance de la langue, déclare maintenir les conclusions du Congrès de Milan.

Emet le vœu :

1^o Que les instituteurs et professeurs de sourds-muets portent leurs efforts vers l'établissement des livres scolaires et du matériel didactique nécessaires à l'enseignement des sourds muets ;

2^o Que les livres et le matériel ainsi formés dans une école puissent être acquis à prix de revient par les autres écoles.

3^o Le Congrès émet le vœu que les pouvoirs publics des différents pays prennent les mesures nécessaires et fournissent les ressources suffisantes pour assurer, dès l'âge de scolarité, l'instruction primaire et professionnelle de tous les sourds-muets.

4^o Le Congrès émet le vœu que, par tous les moyens d'investigation, l'état du sourd-muet (et en particulier la surdité psychique) soit constaté à son entrée à l'institution.

5^o Le Congrès émet le vœu de voir donner, en dehors des cours ordinaires, des exercices spéciaux à ceux qui ont conservé un certain degré d'audition.

6^o Le Congrès émet le vœu :

1^o Que des ateliers d'apprentissage professionnel et un patronage pour le placement des anciens élèves soient annexés à chaque établissement ;

2^o Que la bienfaisance privée et les pouvoirs publics encouragent sous toutes les formes l'établissement des ateliers professionnels et des patronages de placement destinés aux sourds-muets.

8^o Le Congrès émet le vœu que la science médicale et la pédagogie, les médecins et les instituteurs, se prêtent un mutuel appui pour continuer l'étude des perfectionnements dont peut être susceptible l'éducation physique, intellectuelle et professionnelle des sourds-muets.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase). Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÈBER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

CHAMPAGNE RUPTIQUEUR DE CHOUBRY. Dyspepsie et vomissements post-opératoires.

SIROPS LAROZE IODURÉS. Sont seuls bien supportés par l'estomac les iodures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et fer associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

SIROPS LAROZE BROMURÉS. Sont seuls bien tolérés les bromures Laroze chimiquement purs à base de potassium, sodium, strontium et le Polybromure associés au sirop Laroze d'écorces d'oranges amères.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

Epistaxis from the ethmoidal Veins (Epistaxis des veines ethmoïdales), par A. BROWN KELLY (Extrait de *The Lancet*, 24 février 1900).

Cysts of the floor of the nose (Kystes du plancher nasal), par A. BROWN KELLY (Extrait du *Journ. of lar., rhin. and otol.*, juin 1898).

Angina ulcerosa benigna (Angine ulcéreuse bénigne), par A. BROWN KELLY (Extrait du *Glasgow Hosp. Reports*, 1899).

Contro certi corpi estranei nell'orecchio (Contre certains corps étrangers de l'oreille), par A. TRIFILETTI (Extrait de l'*Arch. ital. di otol., rin. e lar.*, vol. X, fasc. 2, 1900).

The tenth annual report of the Eye, Ear, Nose and Throat hospital (20^e statistique annuelle de l'hôpital pour les maladies des yeux, des oreilles, du nez et de la gorge) (*New Orleans*, 1900).

Aqueous suprarenal extract: its surgical and therapeutic uses (Emploi chirurgical et thérapeutique de l'extract aqueux surrénal), par J. MULLER (Extrait du *Journ. of the Amer. méd. Ass.*, 20 mai 1899).

Guida alla diagnosi medico-legale della sordità (Guide diagnostique médico-légal de la surdité), par G. OSTIRO (Vol. de 250 p., avec une préface de G. GRADENIGO, prix : 4 fr., tipog. Salesiana, Florence, 1900).

De la paralysie faciale au cours du catarrhe aigu de l'oreille moyenne, par L. BAR (Extrait des *Bull. et mém. de la Soc. franç. d'otol., lar. et rhin.*, Paris, 1900).

Corpi estranei nelle vie aeree. Radioscopia. Tracheotomia (Corps étrangers des voies aériennes. Radioscopie. Trachéotomie), par C. POU (Extrait de la *Gazz. degli osp.*, n° 84, 1900).

Die intranasale Vaporisation, ein neues Verfahren zur Stillung lebensgefährlichen Nasenblutens und zur Behandlung schwerer Erkrankungen der Nase und der Kieferhöhle (La vaporisation intra-nasale, nouveau procédé pour enrayer les épistaxis dangereuses et traiter les affections graves du nez et du sinus maxillaire), par E. BERTHOLD (Broch. de 60 p., A. Hirschwald, éditeur, Berlin, 1900).

Comptes rendus du 6^e Congrès international d'otologie, tenu à Londres, du 8 au 12 août 1899, publiés par E. CRESSWELL BABER (Vol. de 477 p., Southern Publishing Co, Londres, 1900).

Le Gérant : MASSON et C^{ie}.

